

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»**

В.Н. Шиленок, Э.Я.Зельдин, С.А.Жулев, Г.Н.Гецадзе

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. ИЗБРАННЫЕ РАЗДЕЛЫ

Под ред. д.м.н., проф. В.Н.Шиленка

*Допущено Министерством образования
Республики Беларусь в качестве учебного пособия
для студентов специальности «Лечебное дело»
учреждений, обеспечивающих получение высшего
медицинского образования*

Библиотека ВГМУ



**ВИТЕБСК
2005**

УДК 616 - 089 (07)

ББК 54..5я7

X 50

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор 1-й кафедры хирургических болезней
Белорусского государственного медицинского университета С.И. Леонович
доктор медицинских наук, профессор, проректор по лечебной работе,
последипломному образованию и международным связям Гомельского
государственного медицинского университета В.В. Аничкин

301341

Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я., Жулев С.А., Гецадзе Г.Н.

X 50 Хирургические болезни. Избранные разделы: Учеб.
пособие /- (под редакцией доктора медицинских наук,
профессора В.Н.Шиленка) – Витебск: ВГМУ, 2005. – 566 с.
ISBN 985-466-106-7

Учебное пособие составлено в соответствии с типовой программой по
хирургическим болезням, утвержденной Министерством здравоохранения
Республики Беларусь в 1997 г. и предназначено для студентов
специальности «Лечебное дело» медицинских вузов.

В учебном пособии рассматриваются наиболее часто встречаемые
вопросы частной хирургии.

Пр. 2010 г.

УДК 616 - 089(07)

ББК 54..5я7

Витебский государственный
медицинский университет
БИБЛИОТЕКА

ISBN 985-466-106-7

С Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я., Жулев С.А.,
Гецадзе Г.Н., 2005

С УО «Издательство Витебского
государственного медицинского
университета», 2005



Николай Михайлович Янчур

100-летию со дня рождения
дорогого учителя –
заслуженного деятеля науки
БССР,
доктора медицинских наук,
профессора
Николая Михайловича Янчура –
посвящаем

Авторы

Николай Михайлович Янчур родился 9(22) мая 1902 г. в многодетной семье железнодорожного машиниста на ст. Погодино Пружанского уезда Гродненской губернии. В 1915 году семья переезжает на строительство Мурманской железной дороги.

После окончания средней школы в 1919 году Николай Михайлович добровольно ушел в Красную Армию, участвовал в разгроме войск генерала Юденича. В 1920 году его направили в Петроград на учебу в Военно-медицинскую академию, которую окончил с отличием в 1926 году (его имя по традиции академии вписано золотыми буквами на стенах конференц-зала).

После окончания академии до 30-го года служил в войсках Средней Азии, в Кушке, участвовал в подавлении басмачества. В 1930 году М.Н.Янчур направляется на усовершенствование по хирургии в ВМА в клинику С.П.Федорова. Пытливый, энергичный, талантливый врач обращает на себя внимание Главы русской хирургии и становится сотрудником клиники С.П.Федорова, а затем работает в клинике В.А.Оппеля.

В 1936 году защищает кандидатскую диссертацию. В 37-39 годах на должности начальника хирургического отделения в Никольске – Уссурийске участвует в боях на озере Хасан и Халхин-Голе.

Во время финской компании Н.М.Янчур был армейским хирургом 8 и 15 Армии.

С первых дней Великой отечественной войны и до её окончания Н.М.Янчур находился в действующей армии – главный хирург 11, 23, 57 Армий. Деятельность его на этом посту получила высокую оценку Главного хирурга Красной Армии академика Н.Н.Бурденко: «Заслуживает несомненной похвалы энергия хирурга одной из армий, военврача I ранга Янчура, который успешно проводит при серьезных ранениях в область живота и груди хирургические вмешательства во фронтовых условиях». (См. Н.Н.Бурденко. Собрание сочинений. Т.VII. 1952 г. «Военная хирургия на фронте»). С 1941 года член ВКП(б). На передовой при форсировании Днепра Н.М.Янчур тяжело ранен в глаз.

После войны полковник Н.М.Янчур был Главным хирургом Таврического военного округа, а 1951 г. вернулся на должность старшего преподавателя ВМА им. С.М.Кирова.

В 1956 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Реакция организма на воздействие ударных волн».

В 1958 году Н.М. Янчур избран заведующим кафедрой факультетской хирургии Витебского медицинского института. Здесь талант замечательного хирурга, педагога и организатора достиг расцвета. Под руководством Н.М.Янчура выполнено 11 кандидатских и 2 докторских диссертации, опубликовано около 300 научных работ, разрабатывались вопросы тиреоидной патологии и заболеваний мочеполовой системы, лечения язвенной болезни, перитонита, травм черепа и сосудистых заболеваний, анестезиологии.

Н.М.Янчур был членом правления Всесоюзного общества хирургов, членом президиума и правления Белорусского общества хирургов, председателем областного общества, возглавлял городское общество «Знание».

В 1972 г. ему присвоено звание «Заслуженный деятель науки БССР. Н.М.Янчур награжден орденом Ленина, двумя орденами боевого Красного знамени, орденами Отечественной войны 1 и 2 степени, орденом Красной Звезды, 20-ю медалями, Почетной грамотой Верховного Совета БССР, значком «Отличник здравоохранения».

Умер Николай Михайлович 16 августа 1980 г.

Научные и практические направления заложенные профессором Н.М.Янчуrom, успешно развивают его ученики. Добросовестная бескорыстная деятельность Николая Михайловича служит примером для нового поколения студентов и врачей.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Развитие высшего медицинского образования на современном этапе направлено на высокий профессионализм, практическую подготовку выпускника. В связи с этим приобретает актуальность издание учебников нового типа, которые содержали бы вопросы теоретического класса, описание практических навыков, вопросы тестового контроля, ситуационные задачи для оценки исходного и конечного уровня знаний.

Коллективом кафедры факультетской хирургии ВГМУ сделана попытка создать учебное пособие такого типа. В нем представлены современные взгляды на этиологию, патогенез хирургических заболеваний, их клинические проявления, методы консервативного и хирургического лечения.

В разделе «Практические навыки» студент может изучить, как выполняются те или иные приемы клинического исследования больного и методика инструментальных исследований.

Наконец, в учебное пособие включены вопросы тестового контроля и ситуационные задачи по изучаемым темам.

Учебное пособие содержит только те разделы частной хирургии, которые изучаются на IV курсе лечебно-профилактического факультета.

В тексте представлена международная классификация болезней (МКБ-10), касающаяся изучаемой патологии.

Учитывая объем учебного пособия, некоторые его разделы представлены в сжатом виде.

Авторы далеки от мысли о полном совершенстве учебного пособия, поэтому все критические замечания будут приняты с благодарностью.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Щитовидная железа секретирует регуляторы всех видов обмена веществ - гормоны трийодтиронин (T_3) и тироксин (T_4), а также кальцитонин и катакальцин, эндокринные регуляторы обмена Ca^{2+} .

Зачаток щитовидной железы в виде выпячивания глотки между первой и второй парами глоточных карманов (у корня языка) возникает на 3-4-й неделе внутриутробного развития. Эпителиальный зачаток железы растет вентральнее хрящей гортани и к 7-й нед. достигает места окончательной локализации, формируя две доли и перешеек. Вес щитовидной железы 15-30 г.

Зачаток железы сначала связан с глоткой при помощи полого тяжа, открывающегося на поверхности корня языка (позднее - *foramen coecum*). Обычно этот тяж дегенерирует. При неполной дегенерации эпителиального тяжа по его протяжению могут возникать шейные кисты.

Наиболее близкий к телу железы остаток тяжа - пирамидальная доля. Две боковые и перешеечная доли составляют основную массу ткани щитовидной железы (рис. 1).

Кровоснабжение щитовидной железы (рис. 2-3).

а) Верхние щитовидные артерии (ветви наружных сонных артерий) снабжают верхние полюсы долей железы.

б) Нижние щитовидные артерии начинаются от щитовидно-шейных стволов (ветвей подключичных артерий) и снабжают нижние полюсы железы.

в) Непарная артерия щитовидной железы, встречающаяся в 12% случаев, берет начало от дуги аорты. Её ветви принимают участие в кровоснабжении перешейка щитовидной железы. Венозный отток осуществляется через:

- парные верхние щитовидные вены, которые проходят вдоль одноименных артерий и впадают во внутренние яремные вены;

- средние вены щитовидной железы (вены Кохера), которые отходят от боковых поверхностей долей и также впадают во внутренние яремные вены;

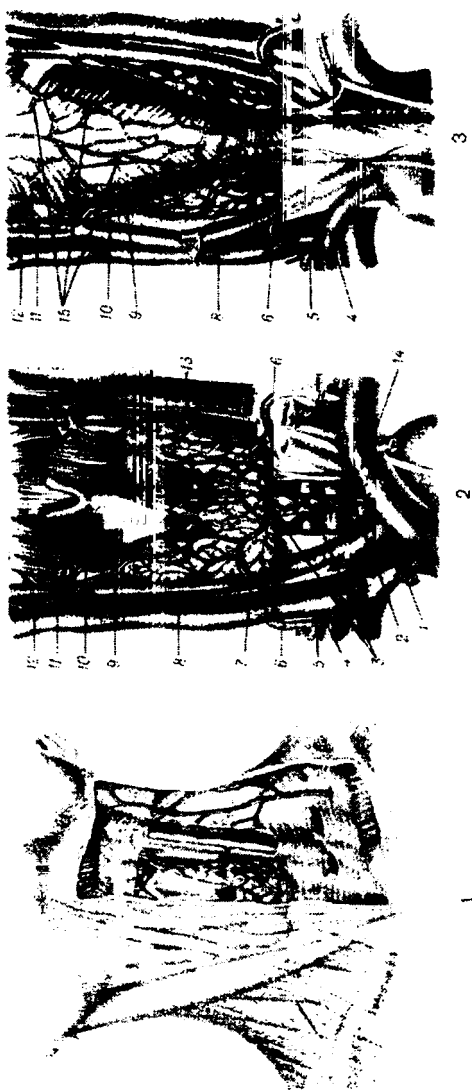


Рис. 1. Топография щитовидной железы (её отношение к фасциям, мышцам и органам шеи).
 Рис.2 и 3. Кровеносные сосуды щитовидной железы (рис. 2 – вид спереди, рис. 3 – вид сзади):
 1 – v. brachio-cervicalis dext.; 2 – v. thyreoidea imar.; 3 – plexus thyreoideus impar.; 4 – a. subclavia,
 5 – truncus thyre-cervicalis; 6 – a. thyreoidea inf.; 7 – v. thyreoidea inf.; 8 – v. jugularis int.;
 9 – v. thyreoidea sup.; 10 – a/ thyreoidea sup.; 11 – a. carotis ext.; 12 – a. carotis int.;
 13 – v. thyreoidea media; 14 – v. brachio-cephalica sin.; 15 – plexus pharyngeus (venosus)
 (Большая медицинская энциклопедия, 1956)

- нижние щитовидные вены, впадающие либо непосредственно во внутренние яремные, либо в безымянную вены.

Лимфатический отток от щитовидной железы происходит в лимфатические узлы, расположенные в пищеводно-трахеальной борозде, спереди и с боков от трахеи.

Вовлечение лимфатических узлов пищеводно-трахеальной борозды при метастазировании опухолей щитовидной железы способствует распространению опухоли на подлежащие возвратный гортанный нерв, трахею и пищевод.

Иннервация гортани

1. Возвратный гортанный нерв

Возвратные гортанные нервы отходят от блуждающих нервов и проходят в пищеводно-трахеальной борозде, прилегая к заднемедиальной поверхности щитовидной железы.

С правой стороны нерв огибает подключичную артерию и восходит в косом направлении снаружи внутрь, пересекая нижнюю щитовидную артерию у задней поверхности нижней доли щитовидной железы.

Слева нерв начинается ниже, на уровне дуги аорты, огибает её и ложится в левую пищеводно-трахеальную борозду.

Возвратный нерв имеет наружную ветвь, обеспечивающую сенсорную иннервацию гортани, и внутреннюю ветвь, идущую к мышцам глотки.

Повреждение возвратного гортанного нерва с развитием паралича гортанных мышц и нарушением фонации чаще всего происходит либо там, где он пересекает нижнюю щитовидную артерию, либо там, где он прободает мембрану между перстневидным и щитовидным хрящами. Повреждение нерва во время операции, требующей удаления доли железы, можно предупредить, предварительно выделив его.

2. Верхний гортанный нерв интимно переплетен с ветвями верхней щитовидной артерии и дает сенсорную наружную ветвь, иннервирующую гортань и моторную ветвь к перстневидно-щитовидной мышце.

Гормоны

Йодсодержащие гормоны - T_4 и T_3 - образуются в составе тиреоглобулина при йодировании тирозина.

- 1) Транспорт в крови. Не более 0,05% T_4 циркулирует в крови в свободной форме, практически весь тироксин находится в связанной с белками плазмы форме. Главный транспортный белок - тироксинсвязывающий глобулин (связывает 80% T_4), на долю тироксинсвязывающего преальбумина, а также альбумина приходится 20% T_4 .
- 2) Время циркуляции в крови (время полу жизни) T_4 около 8 дней, при гипертиреозидизме - 3-4 дня, при гипотиреозидизме - до 10 дней.
- 3) L-форма тироксина физиологически примерно вдвое активнее рацемической (DL-тироксин), D-форма гормональной активности не имеет.
- 4) Дейодирование наружного кольца тироксина, частично происходящее в щитовидной железе, осуществляется преимущественно в печени и приводит к образованию T_3 .
- 5) Дейодирование внутреннего кольца тироксина происходит в щитовидной железе, печени и частично в почке, при этом образуется т.н. реверсивный T_3 (rT_3), имеющий незначительную физиологическую активность.

Основная терминология по И.И.Дедову

Диффузный зоб - диффузное увеличение щитовидной железы [щитовидная железа имеет более 18 мл (у женщин) и более 25 мл (у мужчин)].

Узловой зоб (клинический термин) - собирательное клиническое понятие, объединяющее все образования щитовидной железы, имеющие различные морфологические характеристики.

Эндемический узловой зоб - узловой зоб, в основе патогенеза которого лежит абсолютный или относительный дефицит йода, приводящий к нарушению тиреоидного гормоногенеза и пролиферации тиреоцитов.

Спорадический узловой зоб - узловой зоб, в основе патогенеза которого лежат врожденные (генетические) или приобретенные дефекты образования и секреции тиреоидных гормонов, приводящие к пролиферации тиреоцитов.

Узловой зоб (морфологический термин) - спорадический или

эндемический коллоидный пролиферирующий зоб в виде инкапсулированного узла.

Солитарный узел - единственное инкапсулированное образование в щитовидной железе.

Многоузловой зоб - множественные инкапсулированные образования в щитовидной железе, не спаянные между собой.

Конгломератный узловой зоб - несколько инкапсулированных узлов в щитовидной железе, интимно спаянные друг с другом и формирующие конгломерат.

Истинная киста - инкапсулированная жидкость, содержащая полость.

Кистозная дегенерация узла - узел имеет обширный кистозный компонент, наряду с тканевым.

Диффузно-узловой (или смешанный) зоб - узлы (узел) на фоне диффузного увеличения щитовидной железы.

Опухоли щитовидной железы: аденома - доброкачественная поликлональная хорошо инкапсулированная опухоль, аденокарцинома - злокачественная моноклональная опухоль.

Гиперплазия - увеличение числа клеток, гипертрофия - увеличение размеров клеток.

Псевдоузел при хроническом аутоиммунном тиреоидите - локальная гипертрофия отдельных долек щитовидной железы, имитирующая узел на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита (отличие от истинного узла - отсутствие капсулы).

Истинный узел на фоне хронического аутоиммунного тиреоидита - инкапсулированный узел (морфологически - узловой коллоидный зоб), на фоне АИТа.

А-клетки - тиреоциты (синоним: клетки фолликулярного эпителия щитовидной железы), синтезирующие тиреоидные гормоны.

В-клетки - измененные А-клетки (синонимы: клетки Гюртля, Ашкенази, онкоциты, оксифильные клетки). Отсутствуют в нормальной ткани щитовидной железы и появляются при некоторых заболеваниях.

С-клетки - клетки, синтезирующие кальцитонин (синонимы: парафолликулярные клетки, К-клетки).

М К Б 10

| | Болезни щитовидной железы (E00-E07) |
|-------|--|
| E00 | <i>Синдром врожденной йодной недостаточности</i> |
| E00.0 | Синдром врожденной йодной недостаточности, неврологическая форма |
| E00.1 | Синдром врожденной йодной недостаточности, микседематозная форма |
| E00.2 | Синдром врожденной йодной недостаточности, смешанная форма |
| E00.9 | Синдром врожденной йодной недостаточности неуточненный |
| E01 | <i>Болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью, и сходные состояния</i> |
| E01.0 | Диффузный (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью |
| E01.1 | Многоузловой (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью |
| E01.2 | Зоб (эндемический), связанный с йодной недостаточностью, неуточненный |
| E01.8 | Другие болезни щитовидной железы, связанные с йодной недостаточностью, и сходные состояния |
| E02 | <i>Субклинический гипотиреоз вследствие йодной недостаточности</i> |
| E03 | <i>Другие формы гипотиреоза</i> |
| E03.0 | Врожденный гипотиреоз с диффузным зобом |
| E03.1 | Врожденный гипотиреоз без зоба |
| E03.2 | Гипотиреоз, вызванный медикаментами и другими экзогенными веществами |
| E03.3 | Постинфекционный гипотиреоз |
| E03.4 | Атрофия щитовидной железы (приобретенная) |
| E03.5 | Микседематозная кома |
| E03.8 | Другие уточненные гипотиреозы |
| E03.9 | Гипотиреоз неуточненный |
| E04 | <i>Другие формы нетоксического зоба</i> |
| E04.0 | Нетоксический диффузный зоб |
| E04.1 | Нетоксический одноузловой зоб |
| E04.2 | Нетоксический многоузловой зоб |
| E04.8 | Другие уточненные формы нетоксического зоба |
| E04.9 | Нетоксический зоб неуточненный |
| E05 | <i>Тиреотоксикоз [гипертиреоз]</i> |

| | |
|-------|--|
| E05.0 | Тиреотоксикоз с диффузным зобом |
| E05.1 | Тиреотоксикоз с токсическим одноузловым зобом |
| E05.2 | Тиреотоксикоз с токсическим многоузловым зобом |
| E05.3 | Тиреотоксикоз с эктопией тиреоидной ткани |
| E05.4 | Тиреотоксикоз искусственный |
| E05.5 | Тиреотоксический криз или кома |
| E05.8 | Другие формы тиреотоксикоза |
| E05.9 | Тиреотоксикоз неуточненный |
| E06 | <i>Тиреоидит</i> |
| E06.0 | Острый тиреоидит |
| E06.1 | Подострый тиреоидит |
| E06.2 | Хронический тиреоидит с преходящим тиреотоксикозом |
| E06.3 | Аутоиммунный тиреоидит |
| E06.4 | Медикаментозный тиреоидит |
| E06.5 | Другой хронический тиреоидит |
| E06.9 | Тиреоидит неуточненный |
| E07 | <i>Другие болезни щитовидной железы</i> |
| E07.0 | Гиперсекреция кальцитонина |
| E07.1 | Дисгормональный зоб |
| E07.8 | Другие уточненные болезни щитовидной железы |
| E07.9 | Болезнь щитовидной железы неуточненная |

Методы исследования при узловых образованиях щитовидной железы

А. Анамнез: чувство неловкости в области шеи при движении, застегивании воротника, сухой кашель, охриплость голоса, затрудненное дыхание (трахеомалация, истончение стенки трахеи вследствие постоянного давления зоба; прорастание злокачественной опухоли возвратного гортанного нерва, гортани); состояние тяжести в голове при наклонах тела (загрудинный зоб); психическая возбудимость, беспокойство, раздражительность и плаксивость, потливость, тремор всего тела, пальцев рук; мышечная слабость.

Б. Осмотр. Даже при небольшом увеличении щитовидной железы осмотр позволяет установить наличие зоба, его локализацию (правая или левая доля, перешеек железы), его подвижность при глотательных движениях. При загрудинном зобе часто видно набухание всей шеи и передней поверхности грудной клетки. Можно выявить функциональные симптомы (глазные симптомы, дрожание рук).

В. Пальпацию железы можно проводить тремя способами.

Больной сидит спиной к врачу со слегка наклоненной головой вперед и вниз. В таком положении мышцы шеи расслабляются, и железа становится более доступной исследованию. Четыре пальца каждой руки располагают на железе, а большие пальцы охватывают шею сзади. Во время пальпации железы больного просят делать глотательные движения.

Больной стоит лицом к врачу, со слегка наклоненной головой вперед и вниз. Большие пальцы каждой руки располагаются в области железы, четыре пальца располагают на боковых поверхностях шеи. Ориентиром для нахождения перешейка щитовидной железы служит перстневидный хрящ. Пропальпировав хрящ большим пальцем, ниже него находят мягкоэластической консистенции перешеек щитовидной железы. Большим пальцем правой руки пальпируют левую долю, соответственно правую долю большим пальцем левой руки. Доли щитовидной железы находят как продолжение перешейка в правую или левую сторону.

Можно проводить пальпацию указательным и средним пальцем одной руки. Во время пальпации просят больного делать глотательные движения. Щитовидная железа должна смещаться при глотании.

Таким же образом происходит пальпация при загрудинном положении железы, только ощупывают указательным и средним пальцем правой (левой) руки. Проводят исследование в положении больного лежа с подложенной под лопатки подушкой или валиком.

Г. Инструментальные методы исследования.

➤ Дооперационные.

Основные:

- УЗИ щитовидной железы
- Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ)

Применяется для исследования уплотнений щитовидной железы и дифференцирования доброкачественных и злокачественных образований щитовидной железы. При ТАПБ анестезия не производится. Для выполнения ТАПБ требуются: спирт, шприц 10 мл, игла 25 калибра длиной 1,25 см, подставка для шприца (произвольная), 2 предметных стекла для микроскопа, аэрозольный фиксатор, марлевые салфетки. В определенных случаях желательно присутствие цитолога.

Больной располагается на спине с подложенным под плечи валиком, чтобы вызвать разгибание шеи и приблизить пунктируемое образование к поверхности кожи. Место пункции обрабатывают спиртом и высушивают. Прощупывают образование и фиксируют его в неподвижном состоянии между кончиками пальцев левой руки. Правой рукой продвигают иглу 25 калибра на 10 мл шприце в

образование по его периферии. Как только игла проникла в образование, начинают производить аспирацию присоединенным к игле 10 мл шприцем. Создавая разрежение в шприце, продвигают иглу взад-вперед через ткань образования несколько раз в разных направлениях. Большинство цитологов требуют 3-6 проходов иглы для адекватного патогистологического диагноза. Отпустив поршень шприца, позволяют ему вернуться в нейтральное положение перед удалением из образования. В этот момент образец ткани находится внутри иглы и ее канюли, и его не должно быть в шприце. Удаляют иглу и прижимают место пункции марлевым шариком. Снимают иглу со шприца и наполняют шприц воздухом. Снова надев иглу на шприц, касаются кончиком иглы предметного стекла под углом 45-90° к его поверхности. Выдавливают материал из иглы на стекло. Делают мазок, размазав материал к свободному краю предметного стекла, слегка надавливая вторым стеклом. Если материал более жидкий, делают мазок так же, как из капли крови: приподнимают растягивающее стекло, оставив след в виде полоски ткани поперек стекла. Затем перевернув растягивающее стекло, снова прижимают его к оставленной полоске ткани и размазывают ее в направлении противоположного края стекла. Высушивают препарат на воздухе или с помощью цитологического фиксатора, что должно быть отмечено в протоколе, сопровождающем препарат, для цитопатологической лаборатории. При применении фиксатора это должно выполняться очень быстро, обычно в течение нескольких секунд в процессе приготовления мазка.

Осложнения.

При выполнении ТАПБ пункция щитовидной железы может вызвать образование значительных гематом и кровоизлияний. Во избежание этого необходимо плотно прижать место пункции сразу после аспирации. При попадании в трахею разрежение в шприце обычно исчезает и манипуляцию следует повторить. Прокол трахеи обычно проходит без последствий. В случае инфицирования при ТАПБ (исключительно редко) следует применять антибиотики по показаниям, а при необходимости - вскрытие и дренирование гнойного очага.

- Определение уровня тиреоидных гормонов и ТТГ

Дополнительные:

- Определение титра антитиреоидных антител
- Радионуклидное сканирование
- Rg грудной клетки с контрастированием пищевода барием (при явлениях дисфагии).

- Компьютерная томография и магнитно-ядерный резонанс [по показаниям (выполняются редко)]

➤ **Интраоперационные (по показаниям):**

- Интраоперационное УЗИ щитовидной железы
- Срочное гистологическое и цитологическое исследования ткани опухоли щитовидной железы (при подозрении на аденокарциному щитовидной железы)

➤ **Послеоперационные.**

Основные.

Гистологическое исследование ткани щитовидной железы.

Дополнительные.

Иммуногистохимическое исследование ткани опухоли (определение опухолевых маркеров).

Классификация

Врожденные аномалии щитовидной железы:

- а) аплазия и гипоплазия,
- б) эктопии ткани щитовидной железы,
- в) незаращение язычно-щитовидного протока.

Эндемический зоб:

- а) По степени увеличения щитовидной железы (ВОЗ, 2001):

0 – Зоб нет (объем долей не превышает объема дистальной фаланги большого пальца обследуемого).

I. – Зоб пальпируется, но не виден при нормальном положении шеи (отсутствует видимое увеличение ЩЖ). Сюда же относятся узловые образования, которые не приводят к увеличению самой щитовидной железы.

II. – Зоб четко виден при нормальном положении шеи.

- б) По форме (диффузный, смешанный, узловой);

в) По функциональным проявлениям (эутиреоидный, гипертиреоидный, гипотиреоидный.) Узловой зоб с выраженными явлениями тиреотоксикоза выделяется в особую форму - токсическая аденома щитовидной железы (автономная аденома).

Спорадический зоб (как и эндемический) различается по степени, форме, функциональным проявлениям.

Диффузный токсический зоб различают

- а) по тяжести заболевания (легкая, средняя, тяжелая форма);
- б) по степени увеличения щитовидной железы.

Гипотиреоз или микседема (легкой, средней тяжести формы).

Воспалительные заболевания щитовидной железы:

- острый тиреоидит (струмит) негнойный и гнойный;
- подострый тиреоидит (струмит);
- хронический тиреоидит (фиброзный тиреоидит Риделя, аутоиммунный тиреоидит Хасимото);

301344-1

паразитарные (актиномикоз, эхинококк и др.) заболевания.

Повреждения (открытые и закрытые).

Злокачественные опухоли (рак, саркома, метастазирующие аденомы, зоб Ланхганса).

Под термином "узел" в клинической практике подразумевается образование в щитовидной железе, имеющее капсулу, определяемое пальпаторно, либо при помощи любого визуализирующего исследования и диаметром более 10 мм.

Различают следующие морфологические формы узловых образований щитовидной железы: узловой коллоидный пролиферирующий зоб, доброкачественные опухоли, злокачественные опухоли.

Узловые формы заболеваний щитовидной железы (классификация ВОЗ, 1988 г)

I. Узловой коллоидный в разной степени пролиферирующий зоб.

II. Опухоли:

1. Эпителиальные опухоли

А. Доброкачественные: фолликулярная аденома

Б. Злокачественные:

- фолликулярный рак
- папиллярный рак
- медуллярный рак
- недифференцированный (анapластический) рак
- прочие

2. Неэпителиальные опухоли

А. Доброкачественные

Б. Злокачественные

Диффузный, токсический зоб (ДТЗ)

Базедов зоб. Болезнь Грейвса.

а) Патогенез. Аутоиммунное заболевание, при котором аномальный IgG (тиреоид-стимулирующий Ig) связывается с рецепторами ТТГ на фолликулярных клетках щитовидной железы, что приводит к диффузному увеличению железы и стимуляции выработки тиреоидных гормонов. ДТЗ чаще встречается среди женщин в возрасте от 20 до 50 лет.

Антитела к тиреоидным антигенам - это преимущественно иммуноглобулины класса G. В сыворотке крови различными методами определяют, антитела к тиреоглобулину (АтТГ), антитела к микросомальному антигену (АтМа), антитела к рецептору ТТГ (могут быть

тиреостимулирующие, так и тиреоблокирующие).

АтТг и АтМа рассматривают как маркер аутоиммунного процесса в щитовидной железе. Высокий титр этих антител характерен для аутоиммунного тиреоидита и диффузного токсического зоба, причем чаще и в более высоком титре обнаруживают Ат-Ма.

Низкий титр данных антител или их отсутствие не исключают аутоиммунное заболевание щитовидной железы, а повышенный титр АтТг и АтМа может быть выявлен у 5-20% здоровых людей, не имеющих никакой тиреоидной патологии. Исходя из этого, значение титра этих антител нужно оценивать только в комплексе с данными других методов исследования щитовидной железы.

Снижение или возрастание титра антител вышеуказанных групп при лечении узловых заболеваний щитовидной железы не имеют существенного значения и изолированно не могут быть ключевым фактором для изменения (отмены) терапии.

Таким образом, в оценке терапии и мониторинге аутоиммунных заболеваний щитовидной железы ведущую роль играют антитела к рецептору ТТГ (тиреоблокирующие и тиреостимулирующие). Нехарактерно повышение титров данных антител у больных эутиреоидным узловым зобом.

б) Клинические проявления.

Изменения метаболизма.

- Наблюдают повышение основного обмена и уменьшение массы тела, несмотря на хороший аппетит и достаточный прием пищи; потливость и непереносимость жары (повышен основной обмен).
- Воздействие на ЦНС. Эмоциональная лабильность, раздражительность, бессонница, нервозность, утомляемость, мелкий частый тремор.
- Сердечно-сосудистая система: увеличение ЧСС, часто возникает синусовая тахикардия (120/мин и более), тенденция к повышению систолического АД и к снижению диастолического АД (большое пульсовое давление), нередко встречаются аритмии (например, фибрилляция предсердий, экстрасистолы).
- Нарушения функции ЖКТ: запоры или диарея.
- Офтальмопатия. Мукоидная и клеточная инфильтрация глазодвигательных мышц вызывает выпячивание глаза - экзофтальм. Отмечают конъюнктивит, слезотечение, двоение в глазах.

- Изменения кожи и волос. Кожа теплая и влажная. Вследствие вазодилатации периферических сосудов и повышенного потоотделения. Характерны тонкие, шелковистые волосы.
- Тиреотоксический криз - внезапное обострение симптомов тиреотоксикоза, обусловленное повышением уровня свободного T_4 . Его провоцируют различные заболевания, травмы, операции или роды, другие стрессоры. При этом наблюдаются выраженная гипертермия до 41°C и выше, тахикардия и возбуждение с переходом в ступор, кому и сосудистый коллапс.

в) *Диагностика*

Диагноз ДТЗ при указанной клинической картине не вызывает сомнений в случае повышения уровня T_4 и T_3 в сыворотке крови, снижения ТТГ, диффузном увеличении щитовидной железы, наличии офтальмопатии (50%), усиление поглощения $J\ 131$, высокий уровень антител к рецептору ТТГ и щитовидной железе (Ат-ТПО, АтТГ). Выделяют три степени тяжести тиреотоксикоза:

- легкая – ЧСС до 90 в минуту, нет признаков недостаточности кровообращения, похудение до 10%, трудоспособность сохранена.
- средняя – пульс > 90 в минуту, но менее 120 в минуту, высокое пульсовое давление, похудение до 30%, снижение трудоспособности.
- тяжелая – пульс > 120 в минуту или мерцательная аритмия, потеря веса $> 30\%$, потеря трудоспособности, претибиальная микседема, нарушение функций центральной нервной системы, паренхиматозных органов, кахексия. Высокий уровень антител к рецептору Ат-ТПО, АтТГ.

г) *Лекарственная терапия.*

Предпочтительно медикаментозное лечение, поскольку болезнь имеет тенденцию к спонтанной ремиссии через 1-2 года у взрослых и 3-6 мес. у детей.

В отечественной практике, из-за имеющегося риска развития злокачественных опухолей щитовидной железы или генетических нарушений после лечения радиоактивным йодом, этот вид лечения не рекомендуют назначать лицам моложе 40 лет. Он также противопоказан при незначительных размерах зоба, особенно при загрудинном его расположении, сопутствующей язвенной болезни, заболеваниях почек и крови.

Антитиреоидные препараты эффективны в 50% случаев, особенно при начальных формах тиреотоксикоза и малых размерах зоба.

Эти лекарства действуют на различные стадии метаболизма йода.

- Пропилтиоурацил и метимазол (метилтиоурацил и мерказолил) ингибируют окисление йода, тем самым снижая синтез тиреоидных гормонов. Пропилтиоурацил также уменьшает превращение T_4 в T_3 .
- К анти тиреоидным препаратам также относят перхлорат калия, блокирующий проникновение йода в щитовидную железу.
- Йод в больших дозах подавляет секрецию тиреоидных гормонов путем ингибирования протеолиза. Однако этот эффект непродолжителен. Малые дозы требуют длительного применения.
- Адренергические проявления гипертиреоза (например, потливость, тахикардию, тремор) уменьшают, применяя бета-адреноблокатор пропранолл (анаприлин, обзидан, индерал).
- В комплексном лечении диффузного токсического зоба используют и кортикостероиды, компенсирующие относительную надпочечниковую недостаточность, воздействующие на метаболизм тиреоидных гормонов и оказывающие иммунодепрессивное действие.

Неудобство консервативного лечения состоит в необходимости длительного приема лекарств, поскольку при их отмене тиреотоксикоз часто рецидивирует. Длительная ремиссия наступает менее чем у 50% больных.

Возможны проявления токсического действия лекарств (лихорадка, кожная сыпь, боли в суставах, агранулоцитоз, волчаночный синдром), что требует отмены препарата. Они проникают через плаценту и выделяются с молоком.

д) Хирургическое лечение. Операция выбора при ДТЗ - двусторонняя субтотальная резекция щитовидной железы по О.В.Николаеву.

Показания

Безуспешность медикаментозной терапии (не достигнута ремиссия в течение 1 года лечения у взрослого или 3 мес. у ребенка). Также в случае, если больной не согласен принимать или у него аллергическая реакция на анти тиреоидные препараты.

Лечение радиоактивным йодом противопоказано (у женщин детородного возраста в связи с возможным тератогенным или канцерогенным эффектом радиоактивного йода).

В отличие от США, в СНГ хирургическое лечение гипертиреоза применяют достаточно широко. В частности из-за онкологической настороженности, операции показаны больным с узловым или

диффузным токсическим зобом, а также в случае диффузного токсического зоба, не излеченного антитиреоидными препаратами в течение 4-6 месяцев. Что касается злокачественных новообразований щитовидной железы, то их частота со времени чернобыльской катастрофы значительно возросла: опухоли обнаруживались у 8-10% больных, перенесших операцию на щитовидной железе.

Методы проведения тиреоидэктомии

Метод Кохера

Особенность операции Кохера состоит в том, что иссечение щитовидной железы проводят после перевязки верхних и нижних щитовидных артерий экстракапсулярно.

Недостатком метода считают более часто возникающую паратиреоидную недостаточность и парез *n.reccurens*.

Метод О.В.Николаева (субтотальная, субфасциальная резекция щитовидной железы).

Особенности. Зона вмешательства ограничена висцеральным листком *f.endocervicalis*. В ходе операции основные артерии железы не перевязывают, а лигируют лишь их ветви, связанные с фасцией и веточки сосудов в культе щитовидной железы. Считается, что при этом меньший риск повреждения возвратных гортанных и парашитовидных желез.

Недостаток. Способ Николаева иррационален в случае нераспознанной во время операции злокачественной опухоли щитовидной железы, поскольку он онкологически нерадикален.

Осложнения тиреоидэктомии

Воздушная эмболия. Опасна при операциях под местной анестезией.

Тиреотоксический криз. Лечение проводят большими дозами стероидных препаратов. Наиболее эффективно параллельно с кортикостероидной терапией применение средств, связывающих свободный тироксин (плазма, альбумин, гемодез, овомин). Эстрогены также увеличивают тироксинсвязывающую способность белков. В тяжелых случаях - плазмаферез (В.Н.Шиленок).

Кровотечение обусловлено богатым кровоснабжением железы, ломкостью сосудов.

- Послеоперационное кровотечение может вызвать асфиксию за счет сдавления трахеи гематомой и отека гортани.
- Лечение: ревизия раны, удаление гематомы и остановка кровотечения.

Гипопаратиреоз. Обычно его проявления возникают через 24 часа после операции. Временный (преходящий) гипопаратиреоз после

операции на шее возникает не так редко и может быть обусловлен ишемическим повреждением паращитовидных желез; однако, в течение нескольких недель или месяцев обычно наступает выздоровление. Основным признаком гипопаратиреоза - гипокальциемия. Кроме того, снижается почечный клиренс фосфата и возникает гиперфосфатемия.

- Симптомы гипокальциемии: онемение, ощущение "ползания мурашек" в пальцах рук и ног, нервозность, беспокойство. Повышение нервно-мышечной возбудимости, проявляющееся положительными симптомами Труссо (судорожное сведение кисти при сдавливании плеча манжеткой) и Хвостека (подергивание лицевых мышц при поколачивании по ходу n. facialis). Более тяжелая гипокальциемия вызывает подергивания, судороги мышц, спазм кистей и стоп. В тяжелых случаях наблюдают стридор гортани и судорожные припадки.
- Судороги купируют внутривенным введением глюконата кальция. При сохранении симптоматики в течение нескольких суток переходят на пероральную терапию препаратами кальция.
- Следует контролировать уровень кальция в сыворотке крови как минимум в течение 3-х суток после тиреоидэктомии.

Повреждение возвратного гортанного нерва

- Одностороннее повреждение вызывает осиплость голоса. Если нерв не пересечен, голос восстанавливается через 3-12 нед. после операции.
- При двухстороннем поражении нерва возникает асфиксия, поскольку парализованные голосовые связки занимают центральное положение. Необходима немедленная интубация трахеи или трахеостомия. Если нервы пересечены не полностью и повреждение обратимо, выздоровление занимает от 3 до 6 мес. Если повреждение нерва обнаружено во время операции, шов нерва, как правило, быстро устраняет нарушение фонации.

Эндемический зоб

Характеризуется увеличением щитовидной железы с различными клиническими проявлениями и поражает население определенных географических районов с недостаточностью йода в окружающей среде.

На земном шаре насчитывается примерно 200 млн. больных эндемическим зобом. Большие очаги его имеются в Америке, Бразилии, Швейцарии, Конго, Индии. В СНГ эндемический зоб встречается в западных районах Украины, Белоруссии, в Карелии, на Кавказе, в Средней Азии, в районах Забайкалья, Дальнего Востока.

Район считается эндемическим, если более 10% населения имеет клинические признаки зоба.

Этиология. Дефицит йода в биосфере - основная причина. Факторы, способствующие развитию зоба:

1. Поступление в организм различных струмогенных веществ (тиоцианаты и др.) и йода в недоступной для всасывания форме (при высоком содержании в воде и почве гуминовых веществ).
2. Наследственные нарушения йодного обмена, приводящие к относительной йодной недостаточности.
3. Бактериальная и глистная загрязненность окружающей среды - токсико-инфекционная теория Мак-Каррисона, тяжелые социальные условия.
4. Интеркурентные заболевания.
5. Определенные физиологические состояния организма (пубертатный период, беременность, лактация).
6. Увеличение или уменьшение содержания в биосфере кобальта, молибдена, меди, цинка, ртути, кальция.

Профилактика.

1. Массовая профилактика (употребление йодированной соли).
2. Групповая профилактика среди школьников (антиструмин).
3. Индивидуальная проводится антиструмином у беременных, а также лиц, оперированных по поводу зоба и продолжающих жить в эндемическом районе.

Лечение (по И.И.Дедову):

Выбор консервативного лечения оправдан только при наличии у больного узлового коллоидного в разной степени пролиферирующего зутиреоидного зоба небольших размеров (узел не > 3,0 см).

Показания к началу консервативного лечения

- размер узла от 1,0 до 3,0 см в диаметре при отсутствии у больного факторов риска и (или) клинических и цитологических признаков опухоли щитовидной железы.

Показания к продолжению консервативного лечения и (или) наблюдения

- отсутствие роста узла за период лечения (рост узла - это увеличение его диаметра на 5 мм от исходного за 0,5 года, при условии, что УЗИ щитовидной железы выполняется на одном и том же аппарате).

Начиная лечение, следует учитывать возраст больного, предрасположенность к патологии сердечно-сосудистой системы или её наличие, функциональную активность узлов щитовидной железы. Чаще всего, функция щитовидной железы у больного с узловым зобом не изменена. Назначая такому пациенту тироксин, мы преследуем определенную клиническую цель: предотвратить или замедлить дальнейший рост узла.

Назначение L-тироксина в дозах 12,2 -25 мкг в день при узловом коллоидном пролиферирующем зобе должно быть использовано в качестве начального этапа лечения. При удовлетворительной переносимости препарата постепенно доза L-тироксина может быть увеличена до 100 мкг в день. Именно такая дозировка позволяет добиться снижения уровня ТТГ, что необходимо, поскольку ТТГ является, во-первых, непосредственным стимулятором роста тиреоцитов, а во-вторых, служит антагонистом различных местных автономных факторов роста. Уровень ТТГ должен находиться ближе к нижней границе нормы.

Однако основным критерием безопасности лечения препаратами тиреоидных гормонов должна быть хорошая переносимость препарата и отсутствие побочных эффектов от него.

Спорадический зоб

Характеризуется увеличением щитовидной железы, как правило, без выраженных нарушений функции органа и развивается у лиц, проживающих вне эндемических районов.

Причины:

- Поступление в организм зобогенных веществ.
- Заболевания печени желудочно-кишечного тракта, приводящие к нарушению процессов всасывания и метаболизма йода.
- Поступление в организм йода в форме, недоступной для всасывания.
- Врожденная пониженная способность тиреоцитов поглощать и депонировать йод, недостаточность ферментных систем при окислении йодида в атомарный йод.

Классификация, клиника, лечение, профилактика такая же, как и при эндемическом зобе.

Тиреоидиты

Воспаления щитовидной железы могут быть острыми, подострыми и хроническими.

1) **Острый тиреоидит** - редкое заболевание, связанное с гематогенным попаданием микроорганизмов в щитовидную железу.

Клинические проявления:

- Симптомы острого воспаления: боли в покое при запрокидывании головы и при пальпации, увеличение размеров, гиперемия кожи над одной или обеими долями железы.
- Может быть при иммунодефиците.
- Возбудитель - любой микроорганизм, чаще всего стафилококк или стрептококк.

Диагноз устанавливают путем бактериологического исследования пунктата ткани щитовидной железы, УЗИ.

Лечение включает наружное дренирование или локальную резекцию с назначением антибиотиков.

2) **Подострый тиреоидит** (гранулематозный тиреоидит, тиреоидит де Карвена). Причиной подострого тиреоидита считают вирус, предположительно вирусы инфекционного паротита и Коксаки.

Клинические проявления

- Ранние признаки: продромальные явления в виде недомогания, симптомов со стороны верхних дыхательных путей и лихорадки, длящейся 1 или 2 недели. Затем щитовидная железа увеличивается, становится плотной и болезненной, боль иррадирует в уши, шею или руки.
- Из-за попадания тиреоидных гормонов из поврежденных фолликулов в кровоток может возникнуть гипертиреоз. Синтез гормона не претерпевает изменений, поэтому (в отличие от болезни Грейвса) отмечают очень низкое поглощение радиоактивного йода при высоких уровнях T_4 и T_3 в сыворотке.
- Боли в щитовидной железе и гипертиреоз проходят самопроизвольно через 2-6 мес. Обычно железа возвращается к нормальным размерам; при сохранении увеличенных размеров следует подозревать хронический тиреоидит.
- Бывают безболевы формы тиреоидита без признаков воспаления железы, сопровождающиеся гипертиреозом, напоминающим ДТЗ. Дифференциальный диагноз в этом случае основан на тесте поглощения радиоактивного йода. Безболевым тиреоидит нередко наблюдают в послеродовом периоде.

Лечение симптоматическое, т.к. заболевание проходит самостоятельно. Кортикостероиды (в тяжелых случаях).

i) Бета-адреноблокаторы можно использовать для снятия признаков тиреотоксикоза.

ii) Антитиреоидные препараты неэффективны, т.к. гипертиреоз не связан с усилением синтеза гормонов.

3) Хронический тиреоидит.

а) Аутоиммунный тиреоидит Хасимото (лимфоидный зоб) - относительно частое аутоиммунное заболевание, поражающее в основном женщин.

У большинства больных находят антитиреоидные АТ.

▪ Клинические проявления.

Увеличение щитовидной железы - основное клиническое проявление - возникает вследствие аутоиммунного повреждения, приводящего к лимфоцитарной инфильтрации, фиброзу, снижению способности железы к синтезу гормонов и часто к гипотиреозу. Увеличение железы часто диффузное и редко узловое или одностороннее. При псевдоузловых формах тиреоидита следует исключить рак щитовидной железы. Пункционная биопсия помогает подтвердить диагноз.

▪ Диагноз. Заболевание подозревают у любого больного с плотным, гипертиреоидным или эутиреоидным диффузным зобом; подтверждают диагноз высокие титры антитиреоглобулиновых или антимицросомальных АТ. Функциональные тесты щитовидной железы (при отсутствии у больного гипотиреоза) обычно нормальны. Тест поглощения радиоактивного йода и сканирование выявляют снижение интенсивности и неоднородность накопления изотопа в железе.

▪ Лечение. L-тироксин натрия часто уменьшает размеры зоба, поэтому он показан даже больным с нормальной функцией щитовидной железы. При гипотиреозе назначение L-тироксина обязательно. Операция показана в случае, если, несмотря на лечение L-тироксином, в железе возникают узлы или она растет. Другие показания к операции - анамнестические данные и результаты пункционной биопсии, предполагающие малигнизацию.

б) Фиброзный тиреоидит (струма Риделя) - относительно редкая форма тиреоидита. Фиброзная соединительная ткань замещает нормальную ткань щитовидной железы и распространяется на окружающие структуры.

▪ Клинические проявления. Тиреоидит Риделя поражает лиц среднего возраста, вызывая у больных признаки синдрома сдавления: кашель, нарушения дыхания и глотания. Поскольку ткань железы приобретает каменистую плотность, заболевание трудно отличить от рака щитовидной железы.

- Лечение. Для исключения рака и уменьшения сдавления трахеи показано оперативное вмешательство - иссечение перешейки щитовидной железы. Мы успешно выполняем тиреоидэктомию.

Опухоли щитовидной железы

Операции на щитовидной железе чаще всего выполняют для лечения или диагностики новообразований. Нередки случаи, когда при объективном осмотре у больного выявляют бессимптомно возникший и прогрессирующий узел в щитовидной железе. В этом случае следует подозревать злокачественную опухоль (несмотря на то, что единичные узлы щитовидной железы в большинстве случаев доброкачественны).

Оценка узла в щитовидной железе.

а) Возраст пациента

1. У детей малигнизированные узлы наблюдают в 50% случаев.
2. Узлы, возникшие во время беременности, обычно доброкачественные.
3. У лиц старше 40 лет частота встречаемости раковых узлов нарастает на 10% в каждое последующее десятилетие.

б) Пол пациента.

1. Рак щитовидной железы чаще поражает женщин.
2. Доброкачественные узлы также чаще встречаются у женщин.
3. Подозрения на малигнизацию узла чаще подтверждаются у мужчин.

Наследственность и рак щитовидной железы. Некоторые медуллярные карциномы щитовидной железы имеют характер семейной болезни (в т.ч. с аутосомным доминантным наследованием). При других формах рака щитовидной железы наследование не прослеживается.

Лучевое воздействие

1) Рентгеновское облучение головы и шеи терапевтическими дозами увеличивает частоту рака щитовидной железы в 5-10 раз.

Облучение проводят при различных заболеваниях (например, увеличение вилочковой железы у ребенка, врожденные гемангиомы головы и шеи, болезнь Ходжкина).

2) Латентный период между облучением и появлением опухоли зависит от возраста, в котором больному проводили лучевую терапию. Эхо Чернобыля ещё звучит.

а) У облученных в детском возрасте опухоль наблюдали через 10-12 лет.

б) У облученных в подростковом возрасте опухоль наблюдали через 20-25 лет.

с) Если железа была облучена у взрослого, латентный период до образования опухоли - около 30 лет.



Рис. 4. Рак щитовидной железы (собственные наблюдения)

TN клиническая классификация

Т первичная опухоль

T_x недостаточно данных для оценки первичной опухоли

T₀ первичная опухоль не определяется

T₁ опухоль до 1 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы

T₂ опухоль до 4 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы

T₃ опухоль более 4 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы

T₄ опухоль любого размера, распространяющаяся за пределы капсулы щитовидной железы

N регионарные лимфатические узлы

N_x недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

N₀ нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов

N₁ имеется поражение регионарных лимфатических узлов метастазами

N_{1a} поражены лимфатические узлы шеи на стороне опухоли

N_{1b} поражены лимфатические узлы шеи с обеих сторон, срединные, на противоположной стороне или медиастинальные.

Группирование по стадиям

| <i>Папиллярный или фолликулярный рак</i> | | | |
|--|--|----------------|----------------|
| До 45 лет | | | |
| Стадия I | Любое T | Любое N | M ₀ |
| Стадия II | Любое T | Любое N | M ₁ |
| 45 лет и старше | | | |
| Стадия I | T ₁ | N ₀ | M ₀ |
| Стадия II | T ₂ , T ₃ | N ₀ | M ₀ |
| Стадия III | T ₄ | N ₀ | M ₀ |
| | Любое T | N ₁ | M ₀ |
| Стадия IV | Любое T | Любое N | M ₁ |
| <i>Медулярный рак</i> | | | |
| Стадия I | T ₁ | N ₀ | M ₀ |
| Стадия II | T ₂ , T ₃ , T ₄ | N ₀ | M ₀ |
| Стадия III | Любое T | N ₁ | M ₀ |
| Стадия IV | Любое T | Любое N | M ₁ |
| <i>Недифференцированный рак</i> | | | |
| Стадия IV (все случаи относятся к стадии IV) | Любое T | Любое N | Любое M |

Рак щитовидной железы составляет 0,5 - 1% от числа всех злокачественных новообразований. У женщин встречается в 3-4 раза чаще, чем у мужчин.

Морфологические формы рака щитовидной железы:

1. Папиллярный рак.
2. Фолликулярный рак
3. Медулярный рак.
4. Анапластический рак.

Клиника:

Местные симптомы – быстрое увеличение щитовидной железы, плотность, бугристость, чувство давления в области шеи.

Общие симптомы - рак щитовидной железы обычно сопровождается эутиреодными (нормальным) и гипотиреодными состояниями, редко встречается гипертиреодное состояние.

Функциональные нарушения смежных органов и структур - афония, осиплость голоса (поражение возвратного гортанного нерва), одышка, затрудненное дыхание, асфиксия (при поражении трахей и гортани), дисфагия (сдавление пищевода).

Признаки метастазов - увеличение лимфоузлов шеи, боли в суставах, патологические переломы, желтуха.

Больные со злокачественными новообразованиями щитовидной железы должны получать лечение и наблюдаться в специализированных онкологических стационарах.

В Беларуси при любой форме рака, если диагноз установлен до операции, минимальное вмешательство – экстракапсулярная тиреоидэктомия + передняя и боковая диссекция.

Через 3 недели после тиреоидэктомии, больным назначают L-тироксин в дозе от 2,2 мг/кг веса людям до 60 лет (150-200 мг) в день или в дозе 1,5-1,8 мг/кг веса больным в возрасте старше 60 лет. Такие дозы тироксина называются *супрессивными*. Уровень ТТГ должен поддерживаться в пределах от 0,05 до 0,1 мЕд/л. Через 2-3 недели терапия L-тироксином прерывается и проводится сканирование всего тела с использованием I^{131} (доза 5-10 мКю). В том числе, если обнаруживается функционирующая тиреоидная ткань, назначают 50 мКю I^{131} , а если функционирующие метастазы определяются и после этого, то дозу удваивают. Супрессивную терапию левотироксином возобновляют спустя 24 часа. Через неделю после назначения второй дозы I^{131} , сканирование всего тела повторяют. Если выявляются функционирующие метастазы, то дополнительно назначают 100 мКю I^{131} , а затем возобновляют лечение L-тироксином.

**Лечение и мониторинг злокачественных новообразований
щитовидной железы (по И.И.Дедову)**



Лечение хорошо дифференцированного рака щитовидной железы (по И.И.Дедову)

1-я стадия:

ОПУХОЛЬ < 1,5 см: удаление доли щитовидной железы, супрессивная терапия.

ОПУХОЛЬ > 1,5 см: тиреоидэктомия, супрессивная терапия, I ¹³¹ (в возрасте >45, при инвазии в окружающие ткани).

2-я стадия:

Тиреоидэктомия, супрессивная терапия, I ¹³¹

3-я стадия:

Тиреоидэктомия, супрессивная терапия, I ¹³¹, химиотерапия

4-я стадия:

Тиреоидэктомия, супрессивная терапия, I ¹³¹, химиотерапия (часто не эффективна).

Прогноз. При высокодифференцированных раках 5-летняя выживаемость наблюдается у 84%, при низко дифференцированных – у 6% больных.

Ситуационные задачи

1. Больная 36 лет обнаружила опухолевидное образование на передней поверхности шеи. Никаких жалоб не предъявляет. Образование появилось 5 лет назад, и оно постепенно медленно увеличивается. При осмотре больная хорошего питания. Пульс 78 уд. в мин. Тоны сердца чистые. В левой доле щитовидной железы определяется на глаз и при пальпации овальной формы, плотноватой консистенции образование с гладкой поверхностью, размером 10 x 8 см, безболезненное, подвижное при глотании. Глазные симптомы не выражены.

Необходимые методы исследования? Диагноз? Лечение?

2. У больной 51 года 15 лет назад был диагностирован узловой эутиреоидный зоб размером 3 x 3 см. Все годы образование не причиняло ей никакого беспокойства, за последние 3 месяца образование увеличилось вдвое. Больная отмечает ухудшение общего состояния: появилась одышка, осиплость голоса. При пальпации поверхность образования неровная, консистенция плотная. Образование ограничено в подвижности. Лимфатические узлы по ходу левой кивательной мышцы увеличены и плотны.

Необходимые методы исследования? Диагноз? Лечение?

3. Больная 25 лет перенесла тяжелую фолликулярную ангину. Постепенно боли при глотании прошли, температура стала нормальной. Почувствовала себя здоровой. Но через 2 дня вновь поднялась температура до 38°C и появились боли при глотании. Левая доля щитовидной железы увеличилась, стала плотной, резко болезненной. Кожа над ней гиперемирована. Появилась тахикардия, раздражительность, потливость. Лейкоцитов в крови $14,0 \cdot 10^9 / \text{л}$; СОЭ 30 мм/ч.

Необходимые методы исследования? Диагноз? Лечение?

4. На вечернем обходе ваше внимание привлекла больная, которой утром была сделана субтотальная резекция щитовидной железы по поводу тиреотоксического зоба. Больная жалуется на слабость, распирающие боли в левой половине шеи, затруднение глотания. По снятии повязки определяется значительная асимметрия шеи за счет выраженной припухлости левой ее половины, мягкой консистенции. При надавливании на нее из раны появилось небольшое кровянистое отделяемое.

Необходимые методы исследования? Диагноз? Лечение?

5. У больной, оперированной по поводу диффузного зоба с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести, на следующий день после операции появились парестезии в области кончиков пальцев рук, чувство «ползания мурашек». Затем появился симптом «руки акушера», боли в мышцах предплечий.

Необходимые методы исследования? Диагноз? Лечение? Последовательность лечебно-диагностических мероприятий?

6. Больная С. 45 лет жалуется на изменение тембра и осиплость голоса, что связывает с простудой, перенесенной 2 месяца назад. В течение 5 лет страдает диффузным зобом, принимала антиструмин. 10 месяцев назад при УЗИ выявлен узелок 1,0 см, который за указанный срок увеличился в размерах, виден при осмотре шеи. Узел при ощупывании безболезнен, смещается при глотании, плотный, до 4 см в диаметре. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 76 в 1 минуту. Рост 167 см, вес 70 кг.

1. Укажите наиболее вероятный диагноз?

- а) Узловой зоб (эндемический)
- б) Рак щитовидной железы
- в) Зоб Хасимото (аутоиммунный тиреоидит)
- г) Базедов зоб
- д) Опухоль сосудистого пучка шеи

2. Какие из дополнительных методов исследования Вы рекомендуете в первую очередь?

- а) Исследование концентрации свободного Т₃-Т₄, ТТГ в крови
- б) УЗИ шеи и щитовидной железы
- в) Определение тиреоглобулина в крови и титр антител к нему
- г) Осмотр гортани лор-специалистом
- д) Тонкоигольную пункционную аспирационную биопсию

3. Эндемический зоб возникает при:

- а) Низкой концентрации I в окружающей среде
- б) Постоянном употреблении продуктов, содержащих пищевые стромогены
- в) Употреблении "жесткой" воды, содержащей много "Са"
- г) Употреблении слишком "мягкой" воды, характерной для высокогорной местности
- д) Неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях.

4. К эндемическому зобу относят:

- а) Диффузный зоб
- б) Узловой зоб
- в) Базедов зоб средней и тяжелой формы
- г) Зоб Риделя
- д) Аутоиммунный тиреоидит Хасимото

5. Преимущественно по лимфатическим путям метастазирует

- а) Медуллярный рак
- б) Фолликулярный рак
- в) Папиллярный рак
- г) Фолликулярная аденома
- д) Недифференцированный рак

6. Оптимальным вариантом операции при раке щитовидной железы без наличия метастазов является:

- а) Энуклеация опухоли
- б) Струмэктомия
- в) Субтотальная резекция по О.В.Николаеву
- г) Гемитиреоидэктомия
- д) Экстракапсулярная тиреоидэктомия

7. При подозрении на метастазы фолликулярного рака через год после тиреоидэктомии необходимо:

- а) Прекратить супрессивную терапию T_4 на месяц
- б) Определить после этого уровень антител к тиреоглобулину в крови
- в) Выполнить после этого сканирование всего тела J^{131}
- г) Увеличить дозу принимаемого $per os T_4$
- д) Провести курс лечения J^{131}

8. При повреждении верхнего гортанного нерва наблюдается

- а) Осиплость голоса
- б) Стридор
- в) Нарушения глотания преимущественно жидкой пищи
- г) Паралич голосовой связки
- д) Нарушение чувствительности половины гортани

9. При удалении паращитовидных желез

- а) Наблюдаются парестезии и судороги
- б) Концентрация в крови калия резко снижается
- в) Возрастает концентрация в крови фосфора
- г) Введение витаминов группы D и препаратов кальция эффективно
- д) Необходимо применение миорелаксантов при судорогах

10. При двухсторонних повреждениях п. рекуррент

- а) Наступает полная анестезия гортани
- б) Возникает стридор
- в) Показана трахеостомия
- г) Нарушается глотание, поэтому проводится зондовое питание
- д) Показана интубация трахеи

11. Тиреотоксический криз

- а) Возникает у больного тиреотоксикозом
- б) Провоцируется стрессом
- в) Обусловлен повышением концентрации свободного T_4 и T_3
- г) Сопровождается выраженной гипертермией и надпочечниковой недостаточностью
- д) Связан с увеличением тиреоглобулина в крови

12. Тиреотоксический криз

- а) Наблюдается при возрастании тироксинсвязывающей способности белка
- б) Обусловлен увеличением концентрации свободного T_4
- в) Для его устранения необходимо применить кортикостероиды и препараты (белковые), связывающие тироксин
- г) По-прежнему эффективно в/в введение мерказолила
- д) Гемосорбция, плазмоферез эффективны

13. Вены Кохера

- а) находятся в области пирамидальной доли
- б) в области перешейка
- в) впереди m.m. sternohyo- и sternothyroideus
- г) по наружной поверхности боковых долей
- д) впадают во внутреннюю яремную вену

14. Примерная доза заместительной терапии после тиреоидэктомии

- а) 3 микрограмма на 1 кг веса
- б) 50 микрограмм в сутки
- в) 3 миллиграмма на кг веса
- г) 50 миллиграмм в сутки
- д) 3 микрограмма на 1 кг веса + препараты йода

15. Супрессивную терапию T_4 лучше проводить под контролем

- а) Уровня T_3 - T_4 в крови
- б) Уровня ТТГ
- в) Уровня тиреоглобулина в крови
- г) Уровня антител к тиреоглобулину
- д) Суточной экскреции йода

Тестовый контроль знаний

На вопросы 1 - 37 выберите наиболее правильный ответ (ответы)

1. Величина боковой доли щитовидной железы (по рекомендации ВОЗ) в норме составляет

- A. 1 x 2 x 2 см
- B. Не более ногтевой фаланги V пальца кисти исследуемого
- C. Не более I пальца кисти
- D. Не более ногтевой фаланги I пальца кисти
- E. 2 x 3 x 5 см

2. Верхняя щитовидная артерия является ветвью
- А. Наружной сонной артерии
 - В. Внутренней сонной артерии
 - С. Подключичной артерии
 - Д. Подъязычной артерии
 - Е. Щито-шейного ствола
3. Нижняя щитовидная артерия является ветвью
- А. Наружной сонной артерии
 - В. Внутренней сонной артерии
 - С. Подключичной артерии
 - Д. Общей сонной артерии
 - Е. Щито-шейного ствола
4. При болезни Грейвса-Базедова не наблюдается
- А. Слабости
 - В. Похудания
 - С. Раздражительности
 - Д. Сердцебиения
 - Е. Одышки покоя
5. К объективным признакам тиреотоксикоза относятся все перечисленные, КРОМЕ:
- А. Экзофтальма
 - В. Похудания
 - С. Дрожания рук
 - Д. Опухолевидного образования на передней поверхности шеи, которое не смещается при глотании
 - Е. Опухолевидного образования на передней поверхности шеи, которое смещается при глотании
6. Эндемический зоб по функциональному состоянию может иметь все перечисленные формы, КРОМЕ:
- А. Тиреотоксического с явлениями экзофтальма
 - В. Гипертиреоидного
 - С. Гипотиреоидного
 - Д. Гипотиреоидного с признаками микседемы
 - Е. Эутиреоидного
7. Какое заболевание щитовидной железы не относится к воспалительным?

- А. Острый тиреоидит (негнойный и гнойный)
- В. Хронический тиреоидит (зоб Риделя)
- С. Узловой зоб с кистозной дегенерацией и псаммоновыми тельцами
- Д. Аутоиммунный тиреоидит (зоб Хасимото)
- Е. Редкие воспалительные (туберкулез, сифилис), грибковые и паразитарные заболевания (актиномикоз, эхинококк)

8. Что из названного необходимо определить при пальпации щитовидной железы?

- А. Форму щитовидной железы
- В. Размер
- С. Консистенцию
- Д. Нарушения чувствительности
- Е. Подвижность при глотании

9. При рентгенологическом исследовании шеи можно определить все перечисленное, исключая:

- А. Тень зоба
- В. Оссификацию
- С. Смещение трахеи
- Д. Смещение пищевода
- Е. Холодные узлы

10. Какие препараты нельзя принимать больным, которым планируется исследование щитовидной железы с помощью радиоактивного изотопа йода-131 ?

- А. Йод
- В. L-тироксин
- С. Метронидазол
- Д. Мерказолил
- Е. Салицилаты

11. С помощью сканирования щитовидной железы можно определить все перечисленное, КРОМЕ:

- А. Формы железы
- В. Наличия "горячих узлов"
- С. Наличия "холодных узлов"
- Д. Наличия рецидива
- Е. Наличие псаммоновых телец

12. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия щитовидной железы производится:

- А. После обязательной обработки кожи 5% раствором йода
- В. После предварительной обработки кожи бесцветным антисептиком, лучше спиртом
- С. Из одного самого крупного узла
- Д. Из всех узлов под УЗИ контролем
- Е. С обязательным созданием вакуума при извлечении иглы

13. Легкая степень тиреотоксикоза характеризуется всем перечисленным, КРОМЕ:

- А. Повышения возбудимости
- В. Сердцебиения
- С. Выраженного дермографизма
- Д. Потливости
- Е. Брадикардии

14. При тиреотоксикозе средней тяжести не наблюдается

- А. Общей слабости
- В. Раздражительности
- С. Сердцебиения
- Д. Похудания
- Е. Анорекции

15. При тиреотоксикозе тяжелой степени не наблюдается

- А. Повышенного аппетита и усиленной жажды
- В. Резкой общей и мышечной слабости
- С. Резкого истощения
- Д. Претибиальной микседемы
- Е. Снижения потребления O_2

16. Для автономной аденомы щитовидной железы не характерно

- А. Плаксивость
- В. Повышенная утомляемость
- С. Тремор рук
- Д. Потливость и бессонница
- Е. Диффузное увеличение щитовидной железы

17. Наиболее рациональным видом обезболивания, применяемого при операции на щитовидной железе, следует считать

- А. Местную инфильтрационную анестезию

- В. Внутривенный наркоз
- С. Местную инфильтрационную анестезию с нейролептанальгезией
- Д. Эндотрахеальный наркоз
- Е. Спинальную анестезию

18. В послеоперационном периоде у больных тиреотоксикозом не бывает

- А. Тиреотоксического криза
- В. Нарушения глотания
- С. Послеоперационного стридора
- Д. Кровотечения
- Е. Жировой эмболии

19. При развитии тяжелого послеоперационного тиреотоксического криза наблюдается все перечисленное, за исключением

- А. Психического возбуждения
- В. Высокого пульсового давления
- С. Повышения температуры тела и учащения пульса
- Д. Диареи
- Е. Акроцианоза

20. При развитии послеоперационного тиреотоксического криза показаны

- А. Кортикостероиды
- В. Сердечных гликозиды
- С. Антикоагулянты
- Д. Внутривенное введение плазмы, альбумина
- Е. Жаропонижающие

21. Во время оперативного вмешательства на щитовидной железе никогда не бывает

- А. Повреждения возвратного нерва
- В. Кровотечения
- С. Гипопаратиреоза
- Д. Ранения трахеи
- Е. Воздушной эмболии

22. Повреждение обоих нижних гортанных нервов при операциях на щитовидной железе проявляется

- А. Стридором, удушьем
- В. Нарушением глотания
- С. Парестезиями

- Д. Осиплостью голоса
- Е. Гиперемией лица

23. При паратиреоидной тетании после операций по поводу зоба наблюдается

- А. Гипертермия
- В. Гипокальциемия
- С. Парестезия
- Д. Судороги
- Е. Симптом Хвостека

24. При острой паратиреоидной тетании приступам судорог предшествует

- А. Икота
- В. Сардоническая улыбка
- С. Парестезии
- Д. Боль в области раны
- Е. Дисфагия

25. Узел в щитовидной железе, скорее всего, имеет раковое происхождение, если:

- А. При сканировании с I^{131} он оказывается горячим
- В. При аспирационной биопсии диагностируют его кистозный характер
- С. У больного появилась осиплость голоса
- Д. Есть признаки тиреотоксикоза
- Е. У больного обнаружены антитела к тиреоглобулину

26. В ходе медицинского осмотра перед приемом на работу у мужчины 50 лет выявлен бессимптомный узел в щитовидной железе. Узел хорошо ограничен и подвижен. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Среди родственников больных раком щитовидной железы нет. Какие из перечисленных исследований Вы выполните в первую очередь?

- А. Сканирование с ^{99m}Tc
- В. Сканирование с I^{131}
- С. УЗИ щитовидной железы
- Д. Аспирационная биопсия железы тонкой иглой
- Е. Определение содержания сывороточного тирокальцитонина

27. Щитовидная железа синтезирует все названное, КРОМЕ:
- А. Моноидтирозина
 - В. Дийодтирозина
 - С. Трийодтиронина
 - Д. Тироксина
 - Е. Тиреолиберина
28. Гормоном щитовидной железы является
- А. Дийодтирозин
 - В. Трийодтиронин
 - С. Тетрайодтиронин
 - Д. Катакальцин
 - Е. Тирокальцитонин
29. Иррациональным методом лечения диффузного эутиреоидного зоба II степени следует считать
- А. Терапию T_4
 - В. Терапию T_3+T_4
 - С. Терапию T_3+T_4+KJ
 - Д. Хирургическое вмешательство
 - Е. Терапию J^{131}
30. При Базедовом зобе наиболее оптимальна операция:
- А. Тиреоидэктомия
 - В. Гемитиреоидэктомия
 - С. Резекция щитовидной железы
 - Д. Субтотальная резекция щитовидной железы
 - Е. Энуклеация
31. При тиреотоксикозе не наблюдается:
- А. Уменьшение пульсового давления
 - В. Мышечная слабость
 - С. Офтальмопатия
 - Д. Патологическая жажда
 - Е. Понос
32. Сходство токсической аденомы и диффузного токсического зоба в том, что они:
- А. Начинаются с декомпенсации сердечной деятельности
 - В. Поражают лиц молодого возраста
 - С. Сопровождаются экзофтальмом

- Д. Имеют выраженную симптоматику тиреотоксикоза
- Е. Сопровождаются повышением уровня тиреотропного гормона в крови

33. При папиллярном раке щитовидной железы T₁₋₂ N₀ M₀ выполняют:

- А. Гемитиреоидэктомию с резекцией перешейка, в последующем прием тироксина
- В. Субтотальную резекцию щитовидной железы
- С. Гемитиреоидэктомию с фасциально-футлярной диссекцией клетчатки
- Д. Экстракапсулярную тотальную тиреоидэктомию + переднюю и боковую диссекцию
- Е. Энуклеацию узла

34. Зоб у 10% лиц одной местности определяется как:

- А. Эпидемический
- В. Спорадический
- С. Нормальное явление
- Д. Эндемический
- Е. Пандемический

В вопросах 35 – 51 выберите наилучшую комбинацию ответов по схеме:

| А | В | С | Д | Е |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| если верно только | если верно только | если верно только | если верно только | если все правильно |
| 1, 2, 3 | 1, 3 | 2, 4 | 4 | |

35. Для анатомии щитовидной железы ВЕРНО:

1. Перешеек лежит впереди 1,2 и 3 колец трахеи
2. Вес щитовидной железы составляет 25-30 граммов
3. Верхние и средние щитовидные вены впадают во внутреннюю яремную вену, а нижняя щитовидная вена в безымянную вену
4. Передние короткие мышцы шеи включают m.sterno-thyroideus, sterno-hyoideus и нижнее брюшко m.omo-hyoideus

36. Эндемический простой зоб может вызываться:

1. Загрязнением питьевой воды
- 2.Высоким содержанием кальция в питьевой воде

3. Высоким содержанием гумминовых веществ в воде
4. Высоким содержанием струмогенов в пище (капуста, репа и др.)

37. Эндемический простой зоб:

1. Имеет место, когда более 10% населения страдают зобом
2. Возникает после острого тиреоидита
3. Вызывается в основном низким содержанием йода в почве данной местности
4. Как правило, поражает мужчин и женщин примерно в равной степени

38. При узловом эутиреоидном зобе могут возникнуть:

1. Струмит
2. Кровоизлияния в ткань железы
3. Малигнизация
4. Претибиальная микседема

39. Необходимыми методами исследования при узловом зобе являются:

1. УЗИ щитовидной железы
2. Ларингоскопия
3. Тонкоигольная пункция + цитологическое исследование
4. Кривая поглощения I^{131}

40. Лечение узлового зоба ≥ 4 см с локализацией в пределах одной доли включает:

1. Назначение тироксина
2. Энуклеацию
3. Тиреоидэктомию
4. Резекцию пораженной доли или гемитиреоидэктомию

41. При лечении диффузного эутиреоидного зоба применяют

1. Субтотальную тиреоидэктомию
2. Микродозы йода
3. Радиоактивный йод
4. Тироксин

42. Вскоре после экстубации больного, перенесшего субтотальную тиреоидэктомию по поводу тиреотоксикоза, обнаружено выраженное затруднение дыхания (стридор). Наиболее вероятной причиной является:

1. Повреждение верхнего гортанного нерва

2. Кровотечение
 3. Воздушная эмболия
 4. Повреждение обоих возвратных гортанных нервов
43. При аутоиммунном тиреоидите (зоб Хасимото):
1. Выявляются аутоантитела к тиреоглобулину и АТПО (антитела к тиреоидной пероксидазе)
 2. Вначале гипертиреоз в последующем гипотиреоз
 3. Интерстициальная ткань инфильтрирована плазматическими клетками и активными лимфоцитами
 4. В процесс вовлекаются окружающие ткани (мышцы, сосуды, нервы).
44. К глазным симптомам при диффузном токсическом зобе относятся:
1. Мебиуса
 2. Грефе
 3. Штельвага
 4. Труссо
45. По гистологическому строению различают следующие формы рака щитовидной железы:
1. Медулярный рак
 2. Фолликулярный рак
 3. Недифференцированная анапластическая карцинома
 4. Папиллярный рак
46. Автономная (токсическая) аденома щитовидной железы:
1. Избыточная продукция тиреоидных гормонов не зависит от общей регуляции функции щитовидной железы
 2. Как правило, является функционально активной (горячей)
 3. Лечится только хирургическим способом
 4. ТТГ повышен
47. В этиологии злокачественных заболеваний щитовидной железы:
1. У детей, подвергшихся облучению головы или шеи, карцинома может развиваться спустя 7 и более лет
 2. Лечение L-тироксином увеличивает опасность возникновения рака щитовидной железы
 3. Карцинома щитовидной железы у детей Беларуси после Чернобыля возросла в несколько раз
 4. Нарушение соотношения T_3/T_4 может быть признаком медулярного рака

48. Папиллярный рак:

1. Самая распространенная форма рака щитовидной железы
2. Обладает мультицентрическим ростом
3. Характерно лимфогенное метастазирование
4. Характерно гематогенное метастазирование

49. Фолликулярный рак:

1. У мужчин встречается чаще в 2 раза
2. Наиболее часто развивается после 40 лет
3. Часто гематогенное метастазирование
4. Гормонально активен

50. Медуллярный рак:

1. Имеется наследственная предрасположенность
2. Может сочетаться с семейным полиэндокринным аденоматозом
3. Может вырабатывать кальцитонин и другие гормоны
4. Захватывает I^{131}

51. Анапластический рак:

1. Быстро приводит к обтурации дыхательных путей или дисфагии
2. Встречается чаще у молодых лиц
3. Рано метастазирует лимфогенным и гематогенным путем
4. Является радиочувствительным

52. Рак щитовидной железы может проявляться:

1. Синдромом Горнера
2. Шейной лимфаденопатией
3. Осиплостью голоса
4. Дисфагией

В вопросах 53 – 57 определите верно или неверно каждое из двух утверждений, далее определите верна или нет причинная взаимосвязь между ними:

| Ответ | Утверждение 1 | Утверждение 2 | Взаимосвязь между 1 и 2 утверждениями |
|-------|---------------|---------------|--|
| A | верно | верно | верна |
| B | верно | верно | неверна |
| C | верно | неверно | неверна |
| D | неверно | верно | неверна |
| E | неверно | неверно | неверна |

53. При тиреоидите Риделя показана терапия I^{131} (утверждение 1),
потому что
при хроническом тиреоидите Риделя поражаются соседние органы
шеи (утверждение 2).

54. При узловом эутиреоидном зобе операцией выбора является
энуклеация (утверждение 1),
потому что
при этой операции менее высока вероятность повреждения п.гассеруса
(утверждение 2).

55. При операции на щитовидной железе не следует опасаться
удаления паращитовидных желез (утверждение 1),
потому что
у человека имеются от 2 до 6 паращитовидных желез (утверждение 2).

56. Любые узловые образования щитовидной железы меньше 3 см
подлежат консервативной терапии (утверждение 1),
потому что
рак возникает только в узлах 3 см и более (утверждение 2).

57. Наличие образования в щитовидной железе диаметром 9 мм является
показанием к хирургическому вмешательству (утверждение 1).
потому что
наличие узлового зоба может вести к развитию рака (утверждение 2).

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Какие гормоны вырабатываются щитовидной железой?
2. Назовите наиболее достоверный метод исследования, отражающий функциональное состояние щитовидной железы.
3. Перечислите виды эндемического зоба в зависимости от функционального состояния щитовидной железы.

4. Назовите триаду симптомов при базедовом зобе.
5. Какое лечение показано при узловом зобе и почему?
6. Какова лечебная тактика при диффузном эутиреоидном зобе?
7. Назовите тиреостатические средства, применяемые при диффузном токсическом зобе.
8. Перечислите побочные действия мерказолила.
9. Какой объем оперативного вмешательства при узловом зобе, если узел локализуется в одной из долей щитовидной железы?
10. Назовите основную причину эндемического зоба.
11. Перечислите лабораторные и инструментальные методы исследования щитовидной железы.
12. Изменяется ли уровень ТТГ у больных тиреотоксикозом в ответ на введение ТРГ (тиреотропин-рилизинг-гормон)?
13. Какого размера образование в щитовидной железе можно считать узлом?
14. Как изменяется артериальное давление при диффузном токсическом зобе?
15. Назовите основные отличительные признаки токсической аденомы от диффузного токсического зоба.
16. Перечислите морфологические формы рака щитовидной железы.
17. Назовите глазные симптомы диффузного токсического зоба.
18. Какой вид оперативного вмешательства предпочтителен при зобе Риделя?
19. Перечислите возможные интра- и послеоперационные осложнения при операции на щитовидной железе.
20. Назовите поздние симптомы рака щитовидной железы.
21. Техника выполнения ТАП при узловых образованиях щитовидной железы.
22. Что нужно делать при появлении стридора после операции на щитовидной железе.

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Молочная железа, *glandula mammaria* [mamma] - парный орган, по происхождению является видоизмененной потовой железой. У мужчин железа остается недоразвитой.

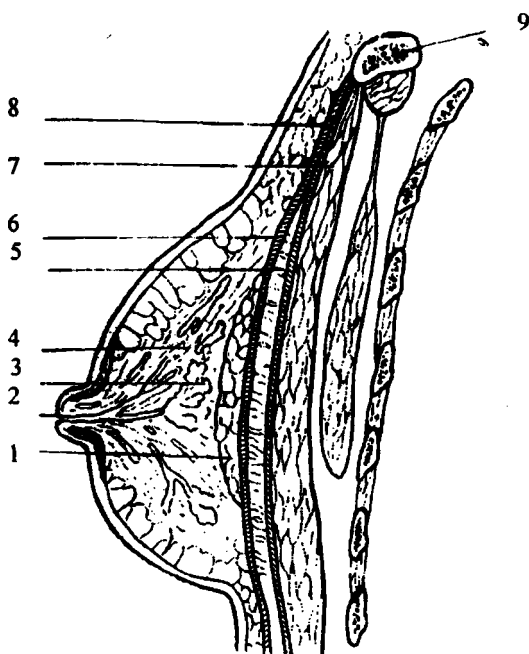


Рис. 5. Анатомическое строение молочной железы, система протоков и железистых образований (по N. Kirschner).

1 - жировая ткань; 2 - молочный проток; 3 - железистые дольки; 4 - соединительная ткань; 5 - ретромаммарное пространство; 6 - глубокая фасция грудной железы; 7 - большая грудная мышца; 8 - фасция большой грудной мышцы; 9 - ребро.

В норме молочная железа расположена на передней грудной стенке по вертикали на уровне III-VI (VII) ребер, по горизонтали - от передней подмышечной до околосредней мышцы. Она находится между листками поверхностной фасции, образующими капсулу, со всех сторон (за исключением соска и ареолы) окружена жировой клетчаткой и покоится на фасции большой грудной мышцы («грудная железа»). Молочная железа подвижна, т.к. между собственной фасцией железы и фасцией грудной мышцы позади имеется маммарная клетчатка и рыхлая соединительная ткань. Отсутствие подвижности железы указывает на воспалительный процесс или наличие прорастания злокачественной опухоли.

От поверхности капсулы железы в глубь её идут перегородки (куперовские связки), разделяющие железу на 15-20 долей (*lobi gl. mammariae*). Доля представлена 20-40 дольками, состоящими из 10-100 альвеол каждая. Наличие соединительных отростков способствует образованию и ограничению затеков при гнойно-воспалительных процессах в железе, что следует учитывать при проведении разрезов для оттока гноя. Каждая доля молочной железы имеет свой выводной проток (*ductus lactiferi*). Выводные протоки направляются по радиусам к соску молочной железы (*papilla mammaria*) и сливаются у околососкового кружка (*areola mammae*), образуя млечные синусы (*sinus lactiferi*), которые открываются на соске млечным отверстием (*porus lactiferi*). (Рис.5)

Кровоснабжение грудной железы осуществляется ветвями внутренней грудной артерии (60%), боковой артерией груди (30%) и ветвями межреберных артерий (10%).

Венозный отток осуществляется через межреберные и внутренние грудные вены.

Важное значение имеет лимфатическая система молочной железы. Различают:

- внутриорганная лимфатическая система железы состоит из капилляров и сплетений лимфатических сосудов паренхимы железы и наружного её покрова - кожи и подкожной жировой клетчатки;
- внеорганная лимфатическая система молочной железы представлена отводящими сосудами и регионарными узлами.

Пути оттока лимфы (по Л.А.Путырскому, 1998):

1. Подмышечный путь. В норме по этому пути оттекает около 97% лимфы. Обычно он представлен 1-2 сосудами, впадающими в аксилярные лимфоузлы. Число этих узлов может быть от 8 до 75 (в среднем 20-40). Узлы, расположенные под наружным краем большой грудной мышцы на уровне III ребра, называются узлами Зорниуса. Лимфоузлы вдоль аксилярной вены и её притоков, между большой и малой грудными мышцами, носят название интерпекторальные или Роттера.

В случаях нарушения оттока по основному подмышечному пути (что может произойти в результате блокады лимфатических сосудов множественными метастазами) возникает окольное лимфообращение:

2. Подключичный путь, который тесно анастомозирует с надключичным лимфатическим коллектором.
3. Парастеральный путь. Лимфооток происходит преимущественно из медиальной части железы (чаще глубоких отделов) через грудную стенку в парастеральные лимфоузлы I - V межреберья.
4. Межреберный путь. От задних отделов железы через сосуды, которые прободают мышцы II - IV межреберий и анастомозирующие с парастеральным коллектором спереди или с лимфатическими сосудами тел позвонков сзади.
5. Позадигрудный путь. Отток по сосудам из центрального и медиального отделов железы, минуя парастеральные лимфоузлы, подходит к медиастанальным и далее к бронхопульмональным узлам (путь метастазирования в легкие).
6. Перекрестный путь. Движение лимфы происходит по кожным и подкожным лимфатическим сосудам грудной стенки и противоположным подмышечным узлам.
7. Путь Героты. При блокаде основного подмышечного коллектора отток лимфы происходит через сосуды области эпигастрия, которые проходят через прямую мышцу живота в предбрюшинную клетчатку. Лимфатическая сеть предбрюшинной клетчатки связана анастомозами с лимфатическими сосудами средостения и коронарной связки печени.

Классификация заболеваний молочной железы (по М.И.Кузину)

1. Врожденные пороки развития.

Амастия - полное отсутствие обеих молочных желез.

Мономастия - одностороннее отсутствие железы

Полимастия - увеличение количества молочных желез.

Полителія - увеличение количества сосков (лечение - удаление).

Гипомастия - симметричное недоразвитие молочных желез - при эндокринных заболеваниях детского возраста.

Гипермастия - увеличение молочной железы:

- 1) в детском возрасте;
- 2) в пубертатном периоде;
- 3) при беременности.

До 10 лет:

девочки - заболевание эндокринной системы,
преждевременное половое созревание;
мальчики - гормонально-активная феминизирующая опухоль
половых желез.

Может быть:

- 1) истинной - увеличение железистой ткани;
 - 2) ложной - чрезмерное развитие жировой ткани.
- Лечение:** у детей - лечение эндокринного заболевания;
у взрослых - пластическая операция.

Мастоптоз - опущение молочной железы.

- 1) потеря упругости с возрастом у тучных;
- 2) похудание.

Может быть боль вследствие нарушения кровообращения.

Лечение - пластическая операция.

2. Функциональные заболевания молочной железы: -

Мастодиния (болезнь Купера).

Но многие авторы (Кузин М.И.. 2002, Савельев В.С.. 1997 относят данную патологию к дисгормональным заболеваниям молочной железы.

3. Повреждения, трещины.

а) Трещины послеродовые.

Этиология: 1) особенности строения сосков;

2) легкая ранимость;

3) недостаточный уход.

Могут быть: 1) одиночные и множественные;

2) поверхностные и глубокие.

Лечение.

1) Обработка сосков дезинфицирующим раствором

2) После кормления - малевая повязка.

Профилактика:

до родов - регулярный массаж, обмывание поочередно теплой и холодной водой;

б) Ушиб.

Могут быть гематомы с образованием псевдокист, рубцевание жировых некрозов с деформацией железы, дифференциальный диагноз с раком молочной железы.

4. Воспалительные заболевания (острые и хронические маститы, туберкулез, сифилис, актиномикоз).

5. Дисгормональная дисплазия (мастопатия, гинекомастия)

6. Опухоли:

а) доброкачественные (аденомы, папилломы, липомы, фибраденома).

б) злокачественные (рак, саркома).

М К Б 10

| | |
|--------------|--|
| N60 | Доброкачественная дисплазия молочной железы |
| N60.0 | Солитарная киста молочной железы |
| N60.1 | Диффузная кистозная мастопатия |
| N60.2 | Фиброаденоз молочной железы |
| N60.3 | Фибросклероз молочной железы |
| N60.4 | Эктазия протоков молочной железы |
| N60.8 | Другие доброкачественные дисплазии молочной железы |
| N60.9 | Доброкачественная дисплазия молочной железы неуточненная |
| N61 | Воспалительные болезни молочной железы |
| N62 | Гипертрофия молочной железы |
| N63 | Образование в молочной железе неуточненное |
| N64 | Другие болезни молочной железы |
| N64.0 | Трещина и свищ соска |
| N64.1 | Жировой некроз молочной железы |
| N64.2 | Атрофия молочной железы |
| N64.3 | Галакторея, не связанная с деторождением |
| N64.4 | Мастодиния |
| N64.5 | Другие признаки и симптомы со стороны молочной железы |
| N64.8 | Другие уточненные болезни молочной железы |
| N64.9 | Болезнь молочной железы неуточненная |

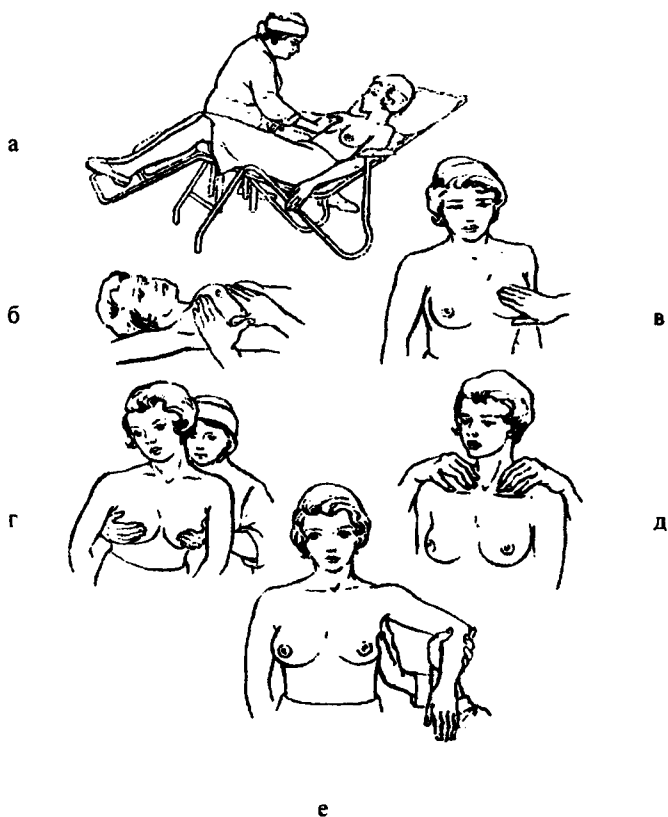


Рис 6. Методика исследования молочных желез и регионарных лимфатических узлов (по Gross).

а — исследование молочных желез при положении больной в кресле с приподнятой молочной железой; б — исследование молочных желез в горизонтальном положении больной; в — исследование молочных желез стоя сзади при наклонении больной вперед; д — исследование надключичных впадин стоя позади больной; е — исследование подмышечных впадин.

Методы исследования молочной железы

1. Анамнез.

Боль, патологические выделения из сосков, изменения кожи, изменения в связи с менструацией, беременностью, лактацией, гинекологическими заболеваниями, течение беременности, родов, характер лактации, количество аборт, операций (гинекологических).

2. Осмотр.

В светлом помещении раздеть до пояса:

- 1) стоя, наклонившись вперед, руки вверх, руки вниз, руки «на бедра»;
- 2) лежа на спине;
- 3) лежа на боку.

При осмотре следует обратить внимание на развитие желез, размер, форму, уровень стояния, симметричность, состояние кожи, сосков, ореол сосудистого рисунка, деформации, втяжения, изъязвления.

3. Пальпация а) стоя, б) лежа на спине, в) лежа на боку поверхностная, затем глубокая. Пальпация подмышечных, подключичных и надмышечных областей. (Рис. 6).

4. Самообследование молочных желез.

1-я неделя менструального цикла; выделения из соска, осмотр перед зеркалом, пальпация.

5. Рентгенологические методы (крупнокадровая флюоромаммография и маммография, дуктография, пневмография, пневмоцистография, артериография, лимфография).

6. Радиоизотопное исследование (сканирование).

7. Ультразвуковое исследование

8. Цитологическое исследование мазков, соскобов, выделений из соска, материала аспирационной биопсии.

9. Гистологическое исследование.

10. Трансиллюминация.

11. Термография.

12. Магнитно-резонансная томография.

Мастит

Мастит - воспалительный процесс в молочной железе, в 90% случаев встречается у родильниц в послеоперационном периоде (лактационный мастит).

Этиология

1. **Возбудители** - стрептококки, стафилококки, реже - пневмококки, гонококки и др.

2. Предрасполагающие факторы:

- Застой молока, аллергия к молоку.
- Трещины сосков.
- Неправильный уход.
- Нарушения личной гигиены.
- Гнойные заболевания кожи молочной железы.

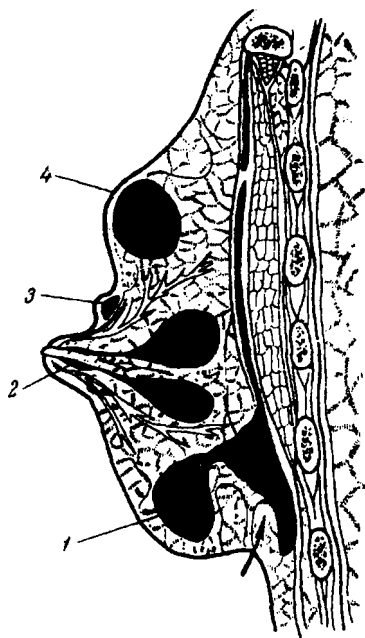


Рис. 7. Локализация абсцессов при маститах
1 – ретромаммарный. 2 – внутрипротоковый.
3 – подкожный (премаммарный); 4 – междольковый.

По локализации маститы бывают:

1. Подкожные.
2. Субареоллярные.
3. Интрамаммарные.
4. Ретромаммарные.

Фазы развития острого мастита:

1. Серозная (начальная).
2. Острая инфильтративная
3. Абсцедирующая.
4. Флегмонозная.
5. Гангренозная

1. Серозная фаза характеризуется чаще всего внезапным повышением температуры до $38,5^{\circ}$ — 39° С. болями в молочной железе. При осмотре отмечается её увеличение, а при пальпации её болезненность. Контуры молочной железы сохранены, кожа над ней не изменена.

Лечение:

- Предупреждение застоя молока в молочной железе. Настоятельно рекомендуется кормление этой грудью, сцеживание её или отсасывание молокоотсосом.
- Повязка, подвешивающая молочную железу.
- Антибиотики пеницилинового ряда, цефалоспорины.

2. Острая инфильтративная форма мастита - промежуточная между серозным и гнойным маститом. Беспокоят сильные боли в грудной железе, температура тела до 39° - 40° , молочная железа увеличена, резко болезненна при пальпации. Пальпируется инфильтрат в молочной железе, без четких границ, резко болезненный, без очагов размягчения.

Лечение. Антибиотики. Повязка, подвешивающая молочную железу, сухое тепло на пораженную молочную железу. Сцеживание или отсасывание молока из пораженной железы с целью уменьшения ее нагрубания. Если сцеживание молока невозможно, прибегают к подавлению, реже - к торможению лактации. Для подавления лактации используют препарат, подавляющий образование пролактина, - бромокриптин (парлодел). Бромокриптин подавляет неустановившуюся лактацию в течение 4-5 дней (0,005 г 2 раза в день); при установившейся лактации лечение проводят в течение 7-8 дней.

При любой форме послеродового мастита (при отсутствии показаний к подавлению лактации) более целесообразно вскармливание сцеженным из здоровой груди и пастеризованным молоком.

3. Гнойный мастит (абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный)

Абсцедирующий мастит: лихорадка, озноб, боль в железе; при пальпации - резкая болезненность, размягчение инфильтрата с образованием абсцесса.

Флегмонозный мастит. Состояние больной тяжелое, лихорадка, молочная железа резко увеличена, болезненна, пастозна, инфильтрат без резких границ занимает почти всю железу. Кожа над инфильтратом гиперемирована, имеет синюшный оттенок. Лимфангит.

Гангренозный мастит - особо тяжелая форма. Наблюдается у больных поздно обратившихся за медицинской помощью, или же является результатом развития тромбоза сосудов молочной железы. При этой фазе больные поступают в крайне тяжелом состоянии.

Лечение - хирургическое. Разрезы при гнойном мастите делают в радиальном направлении вдоль хода выводных протоков, не затрагивая сосок и околососковый кружок. При множественных абсцессах приходится прибегать к нескольким разрезам.

Профилактика. В первую очередь эвакуация молока. Для предупреждения трещин сосков рекомендуют тщательный уход за молочными железами, соблюдение гигиены кормления, использование смягчающих кремов.

Функциональные заболевания молочной железы

Мастодиния (масталгия, болезнь *Кутера*) - боль в грудной железе. У женщин в пременопаузе мастодиния может проявляться в виде чувства дискомфорта, возникающего перед менструацией. Предполагают, что причина мастодинии - циклическое нагрубание желез, обусловленное венозным застоем и отеком стромы перед менструацией; в это время молочная железа увеличивается в объеме более чем на 15%. Терапию проводят одновременно с лечением предменструального синдрома. Лечение - диуретики, норколут, прегнин или парлодел.

Доброкачественные опухоли

Фиброаденома - доброкачественная опухоль из эпителиальных элементов и соединительной ткани. Встречается чаще у женщин до 35 лет.

Клиническая картина и диагностика. Фиброаденома имеет округлую форму, четкие контуры, ровную гладкую поверхность, не спаяна с окружающими тканями, пальпация ее безболезненна. При пальпации молочной железы в положении лежа опухоль не исчезает (симптом Кенига положителен). На маммограмме видна тень округлой формы с четкими контурами.

Лечение. Удаляют опухоль с окружающей ее тканью молочной железы (секторальная резекция) со срочным гистологическим исследованием. Вероятность малигнизации не превышает 1%.

Листовидная фибroadенома - разновидность периканаликулярной фибroadеномы. Опухоль имеет характерную слоистую структуру, хорошо отграничена от окружающих тканей, однако настоящей капсулы не имеет. Листовидная фибroadенома иногда подвергается злокачественному перерождению.

Лечение. Хирургическое вмешательство является основным методом лечения. Объем операции зависит от размеров опухоли: секторальную резекцию выполняют при малых размерах, простую мастэктомию - при образованиях диаметром более 8-10 см. Оба вида операции сопровождаются срочным гистологическим исследованием макропрепарата. При неадекватном иссечении опухоль имеет тенденцию к местному рецидивированию.

Дисгормональные заболевания молочной железы

Причины:

1. Заболевания эндокринной и центральной нервной системы и гипоталамо-гипофизарной системы.
2. Дисфункция яичников (функционального, воспалительного или опухолевого характера).
3. Частое прерывание беременности или предохранение от нее.
4. Отказ от кормления грудью или короткие периоды лактации.

Мастопатия - (болезнь Реклю, Шиммельбуша) - фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся спектром пролиферативных и регрессивных изменений ткани железы. Пролиферативные изменения включают гиперплазию, пролиферацию долек, протоков, соединительной ткани, а регрессивные процессы - атрофию, фиброз, образование кист.

Фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ) возникает у 30-40% женщин. Пик заболеваемости приходится на 45 лет.

Клинические формы:

1. Диффузная:

- а) с преобладанием железистого компонента;
- б) с преобладанием фиброзного компонента;
- в) с преобладанием кистозного компонента;
- г) смешанная форма.

2. Узловая.

Риск развития карциномы в 3-6 раз выше, чем в общей популяции. При обнаружении атипических клеток и раке молочной железы в семейном анамнезе риск в 10-15 раз выше.

Симптоматика

1. Боли в молочной железе, возникающие или увеличивающиеся за несколько дней до начала менструации. 10 - 15% женщин не испытывают боли, но уплотнение можно пропальпировать.
2. Выделения из сосков (серозные или кровянистые).
3. Наличие в молочных железах диффузных или узловых уплотнений (в зависимости от формы мастопатии), не изменяющихся на протяжении менструального цикла.

В положении лежа уплотнения теряют свои контуры (при узловой форме). Симптом Кенига отрицателен.

Лечение.

1. Консервативное (диффузная мастопатия)

- а) устранение причины, вызвавшей заболевание;
- б) витаминотерапия (А, В, Е);
- в) микродозы йода (в возрасте до 40 лет), водный раствор 0,25% йодида калия в течение межменструального периода по 10 мл 1 раз в день после еды в течение 1 года.

Микродозы йода стимулируют выработку лютеинизирующего гормона гипофизом, который нормализует функцию яичников с нарушенной лютеиновой фазой и восстанавливает нормальную цикличность изменений в молочной железе. Если причиной возникновения мастопатии является наличие фолликулярных кист яичников, продуцирующих большое количество эстрогенов, то лечение йодом оказывает выраженный положительный эффект.

г) гестагены

д) антиэстрогены (тамоксифен)

е) антипролактиновые препараты (бромокриптин)

ж) андрогенные препараты (в возрасте старше 40 лет).

Для лечения фиброзно-кистозной мастопатии с успехом применяют даназол (данол), подавляющий продукцию гипофизом гонадотропных (фолликулостимулирующих и лютеинизирующих) гормонов. При лечении этим препаратом у большинства больных уменьшается размер и число узловатых образований в молочной железе, исчезают боли, уменьшается плотность ткани молочной железы, увеличивается слой подкожной жировой клетчатки (по данным УЗИ и маммографии).

На ряду с этим, рекомендуют из пищевого рациона исключить кофе (крепкий чай, шоколад). При мастодии и легких формах мастопатии применяют мастодинон или другие обезболивающие средства. С хорошим эффектом проводят энзимотерапию, используя для этих целей вобэнзим.

2. Секторальная резекция (узловая мастопатия) со срочным гистологическим исследованием.

3. Простая мастэктомия (при наличии плотных фиброзных образований, содержащих атипические клетки, при отягощенном семейном анамнезе).

Рак молочной железы

Заболеваемость раком молочной железы значительно увеличилась за последние 10 лет. Заболевание возникает у одной из девяти женщин. Наиболее частая локализация - верхне-наружный квадрант. Развивается из эпителия млечных протоков (80%) и долек железы.

МКБ 10

| | |
|-------|---|
| C50 | Злокачественное новообразование молочной железы |
| C50.0 | Соска и ареолы |
| C50.1 | Центральной части молочной железы |
| C50.2 | Верхневнутреннего квадранта молочной железы |
| C50.3 | Нижневнутреннего квадранта молочной железы |
| C50.4 | Верхненаружного квадранта молочной железы |
| C50.5 | Нижненаружного квадранта молочной железы |
| C50.6 | Подмышечной задней части молочной железы |
| C50.8 | Поражение молочной железы, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций |
| C50.9 | Молочной железы неуточненной части |

Факторы, способствующие возникновению рака молочной железы

1. **Возраст.** Особенно внимательными к себе должны быть женщины старше 40 лет, так как рак молочной железы чаще выявляется в возрасте от 40 до 60 лет (около 50% всех случаев). Однако следить за своей грудью должны и девушки молодого возраста - рак "молодеет".

2. **Наследственность.** При наличии рака молочной железы у близких родственников (особенно в молодом возрасте) женщина должна следить за собой особенно тщательно, так как риск выявления у неё опухоли в 2,5-5 раз выше (в зависимости от степени родства). К счастью, лишь 5% случаев рака молочной железы передается из поколения в поколение; чаще наследуется только предрасположенность. В последнее время найдены ген рака молочной железы в длинном плече 17-й хромосомы (BRCA-1) и ген предрасположенности в длинном плече 13-й хромосомы (BRCA-2).

3. **Физические травмы** молочной железы. Процент "посттравматического" рака молочной железы колеблется от 4,2 до 44,6.

Необходимо оберегать молочные железы от травм. Если же на месте травмы осталось уплотнение, нужно срочно обратиться к онкологу, а не заниматься самолечением.

4. Психические травмы (стрессы и переживания). Длительные перераздражения центральной нервной системы различными факторами приводят к её функциональному истощению и тем самым нарушают нормальный обмен в организме, что предрасполагает к развитию злокачественных новообразований.

5. Питание. Курение, избыточное потребление животных жиров, высококалорийной пищи, недостаток витаминов (особенно, А, Е, С), ожирение также повышают риск заболеть онкологическим заболеванием.

6. Детородная функция женщины. Сюда можно отнести раннее, до 12 лет, начало менструации и поздний климакс (после 53-55 лет), поздние первые роды (26 лет и старше) и, вообще роды после 40 лет, малое число родов, кратковременность кормления грудью, частые аборт, воспаление придатков матки, пониженная половая возбудимость (фригидность), первичное бесплодие, нерегулярность и позднее начало половой жизни, перенесенные маститы и др.

7. Нарушение функции печени, щитовидной железы, яичников.

8. Плохое качество воды и воздуха.

9. Повышенная ионизирующая радиация. Изучали случаи рака молочной железы после атомной бомбардировки в Японии. Оказалось, что частота опухолей значительно выше у подвергшихся радиоактивному облучению. Наиболее сильное канцерогенное действие радиации проявилось у тех, кто подвергся ей в возрасте 10-19 лет, более слабо - у женщин старше 35 лет.

Влияние малых доз радиации на риск появления рака молочной железы изучено сравнительно мало. Повышение этого риска было отмечено у живописцев, работающих с радиоактивными красками при покрытии циферблатов часов и получающих недельную дозу 0,001-0,004 Гр, а также у медиков-радиологов.

Что касается Чернобыльской аварии, то в 1995-1996 гг. отмечен более высокий темп роста рака молочной железы в Гомельской области.

11. Дефицит витамина Д. При сравнении исследований женщин с севера и юга было обнаружено, что витамин Д и его метаболиты могут снижать риск рака молочной железы.

Сочетание нескольких отрицательных факторов повышает риск заболевания

Патолого-анатомическая классификация рака молочной железы

A. ВОЗ 1984

1. неинвазивный *in situ*
2. дольковый рак *in situ*

B. Инвазивный рак (инфильтрирующая карцинома)

1. протоковый
2. дольковый
3. слизистый
4. медуллярный (мозговидный)
5. тубулярный
6. апокриновый

C. Особые клинико-анатомические формы

1. рак Педжета
2. воспалительный рак.

D. Филлоидная опухоль:

1. доброкачественная филлоидная опухоль;
2. доброкачественная филлоидная опухоль с участком малигнизации;
3. злокачественная филлоидная опухоль.

TNM клиническая классификация рака молочной железы

T первичная опухоль

T_x недостаточно данных для оценки первичном опухоли

T₀ первичная опухоль не определяется

T_{is} преминвазивная карцинома: внутрипротоковая или дольковая *carcinoma in situ*, или болезнь Педжета без наличия опухолевого узла

T₁ опухоль до 2 см в наибольшем измерении

T_{1mc} микроинвазия до 0,1 см и наибольшем измерении

T_{1a} опухоль до 0,5 см и наибольшем измерении

T_{1b} опухоль до 1 см в наибольшем измерении

T_{1c} опухоль до 2 см в наибольшем измерении

T₂ опухоль до 5 см в наибольшем измерении

T₃ опухоль более 5 см в наибольшем измерении

T₄ опухоль любого размера с прямым распространением на грудную стенку или кожу

T_{4a} распространение на грудную стенку

T_{4b} отек (включая «лимонную корочку») или изъязвление кожи молочной железы, или сателлиты в коже молочной железы

T_{4c} признаки, перечисленные в 4a и 4b вместе

T_{4d} воспалительная форма рака

N регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами являются:

1. Подмышечные (на стороне поражения) - интерпекторальные (лимфатические узлы Роттера) и лимфатические узлы, расположенные вдоль аксиллярной вены и её протоков - подразделяют на следующие уровни:

а) уровень I (нижние подмышечные): лимфатические узлы, расположенные латерально по отношению к боковому краю малой грудной мышцы

б) уровень II (средние подмышечные): лимфатические узлы, расположенные между медиальным и латеральным краями малой грудной мышцы, и интерпекторальные (лимфатические узлы Роттера)

в) уровень III (верхние подмышечные): лимфатические узлы, расположенные медиально по отношению к медиальному краю малой грудной мышцы, включая подключичные и апикальные

Примечание: Интрамаммарные лимфатические узлы кодируются как аксиллярные (подмышечные).

2. Внутренние лимфатические узлы молочной железы (на стороне поражения) располагаются в эндоторакальной фасции в межреберных пространствах вдоль края грудины

Любые другие лимфатические узлы, пораженные метастазами, включая надключичные, шейные или контралатеральные внутренние лимфатические узлы молочной железы, обозначаются как отдаленные метастазы (M1).

N_x недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

N_0 нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов

N_1 метастазы в смещаемых подмышечных лимфатических узлах(е) на стороне поражения pN_1 ,

pN_a Только микрометастазы, $\leq 0,2$ см

pN_b Крупные метастазы

pN_b (i) 1-3 узла / $> 0,2$ см

pN_b (ii) ≥ 4 узлов / $> 0,2$ см < 2 см

pN_b (iii) прорастание капсулы / < 2 см

pN_b (iv) ≥ 2 см

N_2 метастазы в подмышечных лимфатических узлах(е) на стороне поражения, фиксированных друг с другом или с другими структурами pN_2

N₃ метастазы во внутренних лимфатических узлах(е) молочной железы на стороне поражения pN₃
M₀ нет данных за отдаленные Mts
M₁ есть отдаленные Mts.

Группировка по стадиям

| | | | |
|-------------|--|------------------|----------------------------|
| Стадия 0 | Tis | N ₀ | M ₀ |
| Стадия I | T ₁ | N ₀ | M ₀ |
| Стадия IIА | T ₀ | N ₁ | M ₀ |
| | T ₁ | N ₁ | M ₀ |
| | T ₂ | N ₀ | M ₀ |
| Стадия IIБ | T ₂ | N ₁ | M ₀ |
| | T ₃ | N ₀ | M ₀ |
| | T _{0, T₁, T₂} | N ₂ | M ₀ |
| Стадия IIIА | T ₃ | N _{1,2} | M ₀ |
| | T ₄ | любая N | M ₀ |
| Стадия IIIБ | любая T | N ₃ | M ₀ |
| Стадия 4 | любая T | любая N | при наличии M ₁ |

Клинические формы рака молочной железы

I. Узловой рак.

II. Диффузный рак:

1. Рожистоподобный рак - характеризуется наличием инфильтрации и уплотнения железы, а также покраснением и гипертермией кожи, очаги гиперемии быстро распространяются за пределы молочной железы (раковый лимфангит).
2. Маститоподобный рак - протекает остро, характерно диффузное и более выраженное, чем при рожеподобной форме, уплотнение всей молочной железы с наличием гиперемии кожи.
3. Инфильтративно-отечная форма рака - наблюдается прогрессирующее уплотнение и отек железы без четко осязаемых границ, обусловленное блокадой глубоких и поверхностных лимфатических сосудов.
4. Панцирный рак - опухолевидная инфильтрация захватывает не только железистую ткань железы, но и подкожную клетчатку с кожей, в результате железа уменьшается в размерах, становится фиксированной к грудной стенке, напоминая панцирь, сдавливающий больную.

III. Рак Педжета (рак соска и ареолы молочной железы).

Стадии (клинические формы) рака Педжета

1. Стадия экземы - умеренный зуд в области соска, образование

плотно сидящих корочек и чешуек, шелушение (экземоподобная форма).

2. *Стадия язвы* - образуется язва, почти полностью разрушающая сосок (язвенная форма).

3. *Стадия опухоли* - в молочной железе в результате распространения ракового процесса по млечным протокам образуется плотный узел (опухолевая форма).

Клиническая диагностика

Клиническая диагностика включает анамнез, осмотр молочных желез, пальпацию.

Анамнез. При изучении анамнеза необходимо обратить внимание на следующие моменты:

- сроки обнаружения первых признаков заболевания и темп их развития; наличие подобных признаков в прошлом;
- болезненность опухоли;
- повышение общей температуры тела;
- операции на молочной железе в прошлом (маститы, доброкачественные опухоли);
- травмы молочной железы;
- замужество, семейное положение, сексуальная функция;
- возраст при первой и последней беременностях, количество аборт;
- кормление грудью, количество молока, выделения из соска после окончания кормления;
- возраст появления менструаций, наступления менопаузы, сроки последней менструации (для менструирующих);
- гинекологические заболевания (первичное бесплодие, воспаление придатков матки, нарушение менструального цикла);
- прием гормональных противозачаточных препаратов с учетом возраста женщины и длительности приема;
- заболевания щитовидной железы, печени, нарушение обменных процессов.

Осмотр молочных желез. Путем осмотра определяют:

- симметричность расположения и форму молочных желез;
- уровень стояния сосков и их вид (втяжение, отклонение в сторону);
- состояние кожи (гиперемия, отек, морщинистость, втяжения или выпячивания на ней, сужение ареолярного поля и т.д.);
- патологические выделения из соска (количество, цвет, длительность);
- наличие отека руки на стороне поражения.

Пальпация молочных желез. Нельзя пальпировать молочные железы кончиками пальцев. Пальпация производится всей ладонью, сначала в положении стоя, затем лежа на спине, а при необходимости - на полубоку. В вертикальном положении пальпируют молочные железы (особенно их верхние отделы), затем подмышечные впадины с обеих сторон и подключичные области. В горизонтальном положении пальпируют молочную железу - последовательно, по квадрантам, в том числе и за ареолой и соском, а также субмаммарную складку.

При обнаружении уплотнения необходимо дать его характеристику по схеме:

- размеры, четкость границ;
- локализация;
- форма;
- консистенция;
- смещаемость.

Для рака характерны отсутствие четких границ, постепенный переход в окружающие ткани, повышенная плотность (порой хрящевидная), нарастающая от периферии к центру.

При относительно больших раковых опухолях можно обнаружить следующие симптомы:

- симптом площадки;
- симптом морщинистости;
- симптом умбиликации;
- симптом «лимонной корки» (за счет вторичного внутрикожного лимфостаза вследствие блокады лимфатических путей регионарных зон или вследствие эмболии опухолевыми клетками глубоких кожных лимфатических сосудов); (рис. 8)
- гиперемию кожи над опухолью (проявление специфического лимфангита);
- симптом Краузе: утолщение складки ареолы (вследствие отека из-за поражения опухолевыми клетками лимфатического сплетения подареоларной зоны)
- симптом Прибрама (при потягивании за сосок опухоль смещается за ним);
- симптом Кенига: при прижатии молочной железы ладонью плашмя опухоль не исчезает;
- симптом Пайра: при захватывании железы двумя пальцами слева и справа кожа не собирается в продольные складки, а образуется поперечная складчатость.

Несмотря на разнообразие форм заболевания, на основании клинических данных правильный диагноз может быть поставлен у 80-

85% больных (пальпируемые формы).

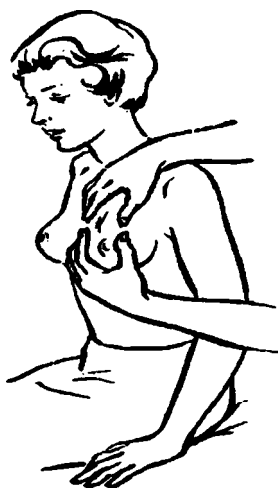
Клиническому исследованию молочных желез должна подвергаться каждая женщина, посещающая врача любой специальности. Врач обязан обучить женщину методике самообследования и объяснить её важность. Другие методы исследования:

1. УЗИ молочной железы

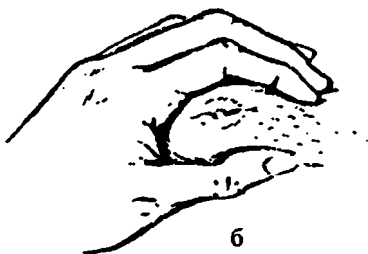
2. Рентгенологическая диагностика (см. выше).

Новые методы лучевой диагностики:

- ядерный магнитный резонанс;
- позитронная эмиссионная томография;
- дигитальная маммография;
- компьютерная томография.



а



б

Рис. 8. Симптом втяжения кожи (а) и лимонной корки (б)
(по М.И.Кузину, 2002)

Лечение рака молочной железы

Выбор метода лечения рака молочной железы зависит от стадии заболевания, морфологии опухоли, от возраста больной, менструальной и овариальной функции, общего состояния, сопутствующих заболеваний и включает в себя хирургическое лечение, лучевую терапию, химиотерапию и гормонотерапию.

Хирургическое лечение

Базируется на следующих принципах:

- Радикализм - удаление опухоли в пределах здоровых тканей с зонами возможного регионарного метастазирования.
- Абластика - профилактика рассеивания раковых клеток по ране и за её пределами:
- Антибластика - повреждение или нарушение раковых клеток, которые могут остаться в ране и привести к рецидиву.

Оперативные вмешательства:

а) Радикальная мастэктомия по Холстеду - Майеру (молочная железа удаляется единым блоком с грудными мышцами и клетчаткой подмышечной, подключичной и подлопаточной областей).

Показания: рак молочной железы с прорастанием большой грудной мышцы, с инфильтрацией и отеком мышцы.

Операция калечащая, нарушающая функцию руки и затрудняющая в последующем эндопротезирование.

б) Расширенная радикальная мастэктомия по Урбану - Холдину.

В дополнение к объему операции Холстеда - Майера производится удаление парастеральных лимфоузлов. В настоящее время операция практически не выполняется.

в) Радикальная модифицированная мастэктомия по Пейти (большая грудная мышца не удаляется).

г) Радикальная мастэктомия по Маддену (не удаляется большая и малая грудные мышцы) - наиболее часто выполняемая операция в настоящее время.

Показания: те же, что и для мастэктомии по Пейти.

д) Простая мастэктомия - удаление железы с фасцией большой грудной мышцы.

е) Радикальная резекция (название предложено Н.Н.Блохиным) - это сохранное оперативное вмешательство, при котором удаляются часть молочной железы с опухолью и подмышечно-подлопаточно-подключичный коллектор через один разрез.

ж) Лампэктомия - удаление опухоли I-II стадии с окружающим её венчиком здоровой ткани железы размером до 2 см от края

пальпируемого новообразования. После завершения лампэктомии через отдельный поперечный разрез от края большой грудной мышцы до края широчайшей мышцы спины удаляют регионарные подмышечные лимфатические лимфоузлы I-III порядка. Рану дренируют.

з) Резекция квадранта (квадрантэктомия) - удаление квадранта (1/4) молочной железы, содержащей опухоль. Через отдельный разрез - иссечение лимфатических узлов I-III уровня подмышечной ямки. Оперативное лечение сочетают с лучевой терапией.

• Абсолютные противопоказания к сохранному лечению рака молочной железы:

1. первый или второй триместр беременности;
2. две или более большие опухоли в разных квадрантах молочной железы;
3. невозможность определить край опухоли (диффузное распространение) или наличие множественных микрокальцификатов (верифицированных) в разных отделах железы;
4. значительная лучевая нагрузка на область молочной железы в анамнезе.

• Относительные противопоказания к сохранному лечению рака молочной железы:

1. большой размер опухоли относительно молочной железы;
2. коллагеновые болезни сосудов в анамнезе (коллагенозы);
3. очень большой размер молочной железы;
4. локализация опухоли под ареолой.

Радикальная резекция молочной железы не ухудшает отдаленных результатов лечения, однако, местные рецидивы после неё появляются несколько чаще, чем после мастэктомии (4-12 % и 2-4 % соответственно).

и) Секторальная резекция представляет собой шадящее оперативное вмешательство, заключающееся в удалении части молочной железы.

Лучевая терапия применяется до и после операции, а также как самостоятельный метод лечения.

Предоперационная лучевая терапия позволяет снизить степень злокачественности первичной опухоли за счет гибели низкодифференцированных элементов, уменьшить интраоперационную диссеминацию опухолевых клеток из-за возникающих склеротических изменений в лимфососудах и венах, предупреждает возникновение ранних рецидивов, часто способствует превращению иноперабельных случаев в операбельные.

Послеоперационная лучевая терапия проводится с целью снижения числа местных рецидивов и уменьшения частоты метастазов в регионарных зонах.

Химиотерапия (адриамицин, винкристин, метотрексат, 5-фторурацил, тиофосфамид, циклофосфамид, доксорубицин). при этом предпочтение отдается комбинированной химиотерапии.

Цели химиотерапии:

1. Достижение регрессии опухоли. Успех лечения во многом определяется чувствительностью опухоли к химиопрепаратам, а также массой опухоли. Чем меньше опухолевых клеток, тем больше вероятность излечения. Это важно помнить при неоперабельных формах рака, когда паллиативные операции усиливают эффект химиотерапии.

Химиотерапию до операции принято называть *неoadъювантной*.

2. Предотвращение рецидивов и метастазов после хирургического или лучевого лечения (*адъювантная*, или дополнительная, химиотерапия). Несомненно, что у многих больных имеются субклинические метастазы, которые могут проявиться в послеоперационном периоде в разные сроки.

3. Лечение выявленных рецидивов и метастазов (лечебная химиотерапия).

В последнее время появились новые довольно эффективные препараты - навельбин, таксол.

Гормонотерапия заключается в удалении гормоно-продуцирующих органов (овариэктомия, адреналэктомия, гипофизэктомия), либо в дополнительном введении гормонов (андрогены, кортикостероиды, эстрогены, анаболические стероиды) или назначении антагонистов эстрогенов (тамоксифен). В последнее время применяется метод «медикаментозной кастрации» с помощью препарата Зола декс. Вводится в дозе 3,6 мг подкожно ежемесячно, резко снижает уровень лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов.

Иммунотерапия нужна при нарушении реактивности организма в связи с лечебными воздействиями (операция, лучевая терапия, химиотерапия) и с самой болезнью.

Известны различные методы иммуностимуляции - активная и пассивная, специфическая и неспецифическая.

При лечении рака молочной железы наиболее часто используется неспецифическая иммуностимуляция:

- левамизол (декарис) - по 150 мг 2 раза в неделю в течение 2-3 недель;
- Т-активин, тималин - по 1 мл внутримышечно вечером 2 недели;
- зимозан - по 0,002 г внутримышечно через день в течение 5-10 дней;
- настойка элеутерококка, по 30 капель 3 раза в день в течение 3-4 недель (после операции, во время химиолучевой терапии).

На специфический иммунитет действует *интерферон человеческий лейкоцитарный*. В основе его противоопухолевой активности лежит способность подавлять рост и мутацию опухолевых клеток, стимулировать противоопухолевый иммунитет, повышая фагоцитарную активность макрофагов. Интерферон обладает слабой антигенностью и аллергенностью в отношении человека.

Результаты лечения. Прогноз при раке молочной железы неблагоприятен. Средняя продолжительность жизни у не леченных больных составляет 27,4 месяца. Пятилетняя выживаемость при I и 2А стадиях составляет 93,4% и 84,2%, при 2Б - 60-67%, а при 3А - 55-58%, при 3Б - 25-35%.

Реабилитация – пластические операции.

Ситуационные задачи

1. Больная 35 лет жалуется на покраснение и утолщение соска. При осмотре сосок и часть ареолы покрыты мокнущими корочками и струпиками, при слушивании которых обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен и плотен на ощупь.

Какое заболевание вы заподозрили у больной? Как уточнить диагноз? Как лечить больную?

2. У незамужней женщины 32 лет 3 года назад периодически стали появляться болезненные набухания молочных желез, усиливающиеся в предменструальном периоде. Несколько дней назад больная в левой молочной железе обнаружила опухоль. Молочные железы внешне не изменены. В верхненаружном квадранте левой молочной железы обнаруживается плотный узел без четких контуров размером 3 х 2 см. Узел плотноэластической консистенции, слегка болезненный при пальпации, не спаян с кожей и окружающими тканями, кожа над ним не изменена. Симптом Кенига отрицательный, в положении больной лежа узел пальпируется менее четко. Региональные лимфатические узлы не определяются.

Какое заболевание у больной? Как подтвердить диагноз? Как ее лечить?

3. Кормящая мать в течение 3 недель страдает воспалением молочной железы. В молочной железе отчетливо пальпируется плотное образование размером 6х8 см, кожа над ним синюшно-багровой окраски. образование резко болезненно, однако размягчения или флюктуации нет. Общее состояние больной удовлетворительное, но тем-

температура по вечерам достигает 38°C , иногда бывают ознобы, больная чувствует слабость, усиленно потеет. Состояние ее не улучшается, несмотря на энергичное консервативное лечение.

Диагностические мероприятия? Что исключить?

4. У незамужней женщины 40 лет в течение последних 3 лет стали появляться боли и набухания молочных желез в предменструальном периоде, в также периодические серознокровянистые выделения из сосков. Несколько дней назад больная обнаружила опухоль в левой молочной железе. При осмотре молочные железы внешне не изменены. В верхне-наружном квадранте левой молочной железы определяется плотный узел без четких контуров, размером 3 x 2 см, безболезненный при пальпации, не спаян с кожей.

Кожа под узлом не изменена. В положении лежа на спине конфигурация и размер узла не изменяются. Региональные лимфоузлы не определяются.

1. Какое из заболеваний, скорее всего, имело место у больной в течение первых 3 лет болезни?

- а) Мастодиния
- б) Фиброаденома
- в) Мастопатия
- г) Галактоцеле
- д) Папиллома

2. В патогенезе данного заболевания ведущее значение принадлежит:

- а) Травме молочной железы
- б) Гиперэстрогемии
- в) Гипоэстрогемии
- г) Поздний менархе
- д) Расширение млечных протоков

3. О каком симптоме идет речь, если в положении лежа на спине опухолевидное образование в молочной железе не пальпируется ?

- а) Симптом Прибрама
- б) Симптом Краузе
- в) Симптом Рубинштейна
- г) Симптом Розенбаха
- д) Симптом Кенига

4. Назовите заболевания, при которых наблюдаются серозно-крово-
нистые выделения из соска

- а) Фиброаденома молочной железы
- б) Диффузная мастопатия
- в) Узловая мастопатия
- г) Рак молочной железы
- д) Внутрисекторная папиллома

5. Узел в молочной железе может определяться при следующих забо-
леваниях:

- а) Фиброаденома
- б) Мастодиния
- в) Рак
- г) Макромастия
- д) Мастопатия

6. О каком заболевании может свидетельствовать узел в молочной же-
лезе у данной больной?

- а) Узловая форма мастопатии
- б) Фиброаденома
- в) Рак
- г) Галактоцеле
- д) Гинекомастия

7. Укажите методы исследования, которые Вы назначите больной с
целью уточнения диагноза:

- а) Маммография
- б) Ультразвуковое исследование
- в) Цитологическое исследование выделений из соска
- г) Цитологическое исследование пунктата опухоли
- д) Допплерография

8. Назовите метод исследования, с помощью которого Вы оконча-
тельно подтвердите предполагаемое заболевание:

- а) Ядерная магнитно-резонансная томография
- б) Томография
- в) Дуктография
- г) Гистологическое исследование удаленного сектора
- д) Цитологическое исследование пунктата опухоли

9. При цитологическом исследовании пунктата опухоли раковые клетки не были найдены. Ваши дальнейшие действия?

- а) Будете наблюдать больную амбулаторно
- б) Назначите повторно пункционную биопсию опухоли через 2 недели
- в) Выполните секторальную резекцию молочной железы с последующим гистологическим исследованием
- г) Определите у больной гормональный фон
- д) Назначите консервативную терапию по подавлению пролиферативных процессов в молочной железе, свойственных для мастопатии.

10. Укажите стадию опухоли в случае гистологического подтверждения рака молочной железы

- а) T₁N₀M₀
- б) T₂N₀M₀
- в) T₂N₁M₀
- г) T₃N₀M₀
- д) T₃N₁M₀

11. Перечислите методы исследования, которые понадобятся в данном случае для исключения отдаленных метастазов:

- а) Рентгенография или сканирование костей
- б) УЗИ печени
- в) УЗИ яичников
- г) Рентгенография грудной клетки
- д) Компьютерная томография средостения

12. Назовите допустимые виды оперативных вмешательств у данной больной:

- а) Секторальная резекция молочной железы с удалением подмышечных лимфоузлов
- б) Простая мастэктомия (операция Мадена) с удалением подмышечных лимфоузлов
- в) Операция Пейти
- г) Операция Холстеда
- д) Операция Урбана

13. Операция Пейти включает:

- а) Удаление молочной железы
- б) Удаление малой грудной мышцы

- в) Удаление большой грудной мышцы
- г) Удаление подмышечных лимфоузлов
- д) Удаление подключичной и подлопаточной жировой клетчатки с лимфоузлами

14. Операция Холстеда включает

- а) Удаление молочной железы
- б) Удаление малой и большой грудной мышцы
- в) Удаление подмышечных лимфоузлов с жировой клетчаткой
- г) Удаление подключичных и подлопаточных лимфоузлов с жировой клетчаткой
- д) Удаление лимфоузлов средостения

15. Если будет выявлен рак, то при отсутствии метастазов рака в регионарные лимфоузлы Вы назначите следующее лечение:

- а) Предоперационную лучевую терапию
- б) Послеоперационную лучевую терапию, если она не проводилась перед операцией
- в) Послеоперационную лучевую терапию в сочетании с предоперационной
- г) Ограничиться только хирургическим вмешательством
- д) Послеоперационную лучевую терапию на подмышечную область

Тестовый контроль знаний

На вопросы 1 - 13 выберите наиболее правильный ответ (ответы)

1. Какое заболевание не относится к доброкачественным опухолям молочной железы?

- А. Фиброаденома
- В. Папиллома
- С. Листовидная фибраденома
- Д. Аденома
- Е. Галактоцеле

2. Больная 30 лет жалуется на уплотнения и боли в молочных железах, появляющиеся за несколько дней до менструации. При пальпации в наружных квадрантах обеих молочных желез определяются участки уплотнения, не связанные с кожей и соском, подвижные, размеры 4,0 х 2,0 и 2,5 х 2,0 см. При исследовании в положении лежа они не пальпируются. Подмышечные лимфоузлы не увеличены. Наиболее вероятный диагноз?

- А. Двухсторонний узловый рак молочных желез
- В. Липома молочной железы
- С. Узловая мастопатия
- Д. Фиброаденома
- Е. Болезнь Педжета

3. Больная 30 лет жалуется на уплотнения и боли в молочных железах, появляющиеся за несколько дней до менструации. При пальпации в наружных квадрантах обеих молочных желез определяются участки уплотнения, не связанные с кожей и соском, подвижные, размеры 4,0 x 2,0 и 2,5 x 2,0 см. При исследовании в положении лежа они не пальпируются. Подмышечные лимфоузлы не увеличены.

Какой метод исследования Вы используете первым для установления диагноза?

- А. УЗИ
- В. Секторальная резекция молочных желез со срочным гистологическим исследованием
- С. Пункция образований молочных желез
- Д. Сцинтиграфия
- Е. Маммография

4. Какой симптом наиболее часто встречается при раке молочной железы?

- А. Увеличение молочной железы
- В. Уменьшение молочной железы
- С. Кровянистые выделения из соска
- Д. Плотный узел в молочной железе
- Е. Увеличенные подмышечные лимфоузлы

5. Больная 50 лет обнаружила в молочной железе опухоль. При пальпации в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется опухоль 3 см в диаметре плотноэластической консистенции, безболезненная, поверхность бугристая. При пальпации в положении на спине узел не меняет своих контуров и не исчезает. Подмышечные лимфоузлы не пальпируются. Наиболее вероятный диагноз?

- А. Рак молочной железы
- В. Фиброаденома
- С. Узловая мастопатия
- Д. Гемангиома
- Е. Липома

6. Больная 50 лет обнаружила в молочной железе опухоль. При пальпации в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется опухоль 3 см в диаметре плотноэластической консистенции, безболезненная, поверхность бугристая. При пальпации в положении на спине узел не меняет своих контуров и не исчезает. Подмышечные лимфоузлы не пальпируются. Какой наиболее информативный метод исследования проведете для постановки диагноза?

- А. Маммография
- В. Дуктография
- С. Термография
- Д. Пункционная биопсия под УЗИ контролем
- Е. Секторальная резекция с экспресс-биопсией

7. Больная 20 лет случайно обнаружила уплотнение в левой молочной железе. При пальпации во внутреннем верхнем квадранте железы определяется образование округлой формы 2 см в диаметре с гладкой поверхностью, безболезненное во время мenses, подвижное. Лимфоузлы не определяются. Наиболее вероятный диагноз?

- А. Рак молочной железы
- В. Узловая мастопатия
- С. Болезнь Педжета
- Д. Галактоцеле
- Е. Фиброаденома

8. Укажите признак, не соответствующий действительности в отношении молочной железы:

- А. Молочная железа располагается между передней подмышечной и окологрудной линиями на уровне от III до VI ребра
- В. Каждая молочная железа состоит из 15-20 долей
- С. Каждая доля окружена рыхлой соединительной и жировой тканью
- Д. Каждая доля имеет млечный проток, который открывается на верхушке соска
- Е. Перед выходом на сосок протоки расширяются и образуют общий млечный синус

9. На нормальное развитие и рост молочных желез влияют гормоны:

- А. Катехоламины
- В. Окситоцин
- С. Кортикостероиды
- Д. Эстрогены и прогестерон
- Е. Секретин

10. Какое из заболеваний не относится к порокам развития молочной железы?

- А. Гинекомастия
- В. Амастия
- С. Полителия
- Д. Полимастия
- Е. Гипермастия

11. Узловая форма рака молочной железы наиболее часто локализуется в:

- А. Нижненаружном квадранте
- В. Верхненаружном квадранте
- С. Верхневнутреннем квадранте
- Д. Нижневнутреннем квадранте
- Е. Области ареолы и соска

12. Для категории T₃ при раке молочной железы характерно:

- А. Опухоль до 1 см в наибольшем измерении
- В. Опухоль до 2 см в наибольшем измерении
- С. Опухоль до 5 см в наибольшем измерении
- Д. Опухоль более 5 см в наибольшем измерении
- Е. Опухоль распространяется на грудную стенку или кожу

13. Для категории N₂ при раке молочной железы характерно:

- А. Метастазы в подмышечных лимфоузлах, фиксированные друг с другом или с другими структурами на стороне поражения
- В. Метастазы в смещаемых подмышечных лимфоузлах на стороне поражения
- С. Метастазы в надключичных лимфоузлах
- Д. Метастазы в контрлатеральные внутренние лимфоузлы молочной железы
- Е. Метастазы в подключичных лимфоузлах

В вопросах 14 - 26 перечислены характерные признаки. Выберите, какому заболеванию они соответствуют ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---|--------------------|
| 14. Встречается в возрасте 20-30 лет | А. Фиброаденома |
| 15. Встречается с обеих сторон в возрасте 30-50 лет | В. Мастопатия |
| | С. Одинаково часто |

- | | |
|--|---------------------------|
| 16. Имеет округлую форму | фиброаденома и мастопатия |
| 17. Сопровождается увеличением регионарных лимфоузлов | Д. Рак молочной железы |
| 18. Болезненность узла при пальпации во время menses | Е. Диффузная мастопатия |
| 19. Симптом Кенига отрицательный | Г. Узловая мастопатия |
| 20. Бурые выделения из соска вне menses | Г. Все неверно |
| 21. На маммограмме тень округлой формы с четкими контурами | |
| 22. На маммограмме микрокальцинаты | |
| 23. Болезненность узлового образования перед менструацией | |
| 24. Определяется узел Зоргиуса | |
| 25. Определяется втяжение кожи над опухолью | |
| 26. Положительный симптом Краузе | |

В вопросах 27 - 34 перечислены некоторые заболевания молочной железы. Подберите метод лечения, показанный при данном заболевании ("вопрос-ответ"):

- | вопрос | ответ |
|---|--|
| 27. Узловая мастопатия | А. Антибиотикотерапия |
| 28. Мастит в стадии инфильтрации | В. Гормонотерапия |
| 29. Узловая форма рака молочной железы T ₂ N ₀ M ₀ | С. Радикальная мастэктомия |
| 30. Диффузная мастопатия | Д. Секторальная резекция молочной железы |
| 31. Маститоподобный рак | Е. Удаление грудной железы |
| 32. Рак Педжета T ₁ N ₀ M ₀ | Г. Антибиотикотерапия + эвакуация молока |
| 33. Фиброаденома | |
| 34. Гинекомастия | |

В вопросах 35 - 44 представлены признаки заболевания. Выберите соответствующие им болезни ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|-------------------------|
| 35. Узел молочной железы | А. Рак молочной железы |
| 36. Четкие гладкие контуры образования | В. Узловая мастопатия |
| 37. Увеличенные плотные лимфоузлы в подмышечной области | С. А+В+Д |
| | Д. Фиброаденома |
| | Е. Диффузная мастопатия |
| | Ф. А+В+Е |
| 38. Образование может быть связано с кожей | |
| 39. Патологические выделения из соска | |
| 40. Симптом "лимонной корки" | |
| 41. Болезненность в молочных железах в предменструальном периоде | |
| 42. Симптом умбиликации | |
| 43. Симптом Прибрама | |
| 44. Узел Зоргиуса | |

В вопросах 45 - 61 выберите наилучшую комбинацию ответов по схеме:

| А | В | С | Д | Е |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| если верно только | если верно только | если верно только | если верно только | если все правильно |
| 1, 2, 3 | 1, 3 | 2, 4 | 4 | |

45. При раке молочной железы I стадии ($T_1 N_0 M_0$) показано:

1. Гормонотерапия
2. Рентгенотерапия
3. Лечение цитостатиками
4. Мастэктомия

46. При раке молочной железы III стадии ($T_3 N_3 M_0$) показано:

1. Предоперационная рентгенотерапия
2. Радикальная мастэктомия
3. Послеоперационная рентгенотерапия
4. Цитостатики

47. Для рака молочной железы II стадии ($T_2 N_0 M_0$) характерно:

1. Втяжение кожи над опухолью
 2. Опухоль до 5 см в диаметре
 3. Болезненность при пальпации молочной железы
 4. Лимфатические узлы не увеличены
48. Молочная железа кровоснабжается:
1. Ветвями внутренней грудной артерии
 2. Ветвями 3-7 задних межреберных артерий
 3. Ветвями латеральной грудной артерии
 4. Ветвями диафрагмальной артерии
49. Венозная кровь от молочной железы оттекает в:
1. Подмышечную вену
 2. Внутреннюю грудную вену
 3. Латеральную грудную вену
 4. Межреберные вены
50. Отток лимфы от молочной железы осуществляется в:
1. Подмышечные лимфоузлы
 2. Парастернальные лимфоузлы
 3. Подключичные лимфоузлы
 4. Надключичные лимфоузлы
51. Специальные методы исследования молочной железы:
1. Маммография
 2. Дуктография
 3. Ультразвуковая эхография
 4. Термография
52. По локализации мастит различают:
1. Субареолярный
 2. Интрамаммарный
 3. Ретромаммарный
 4. Подкожный
53. Различают формы мастита:
1. Серозную
 2. Инфильтративную
 3. Абсцедирующую
 4. Гангренозную

54. Причинами развития рака молочной железы являются:
1. Наследственно-генетическая предрасположенность
 2. Повторные роды
 3. Гормональный дисбаланс
 4. Длительный период лактации
55. Причинами развития рака молочной железы являются:
1. Повышение эстрогенной активности
 2. Хронические воспалительные заболевания женских половых органов
 3. Недостаточность репродуктивной и лактационной функций
 4. Органические заболевания эндокринной системы
56. Различают клинические формы рака молочной железы:
1. Узловая форма
 2. Диффузная форма
 3. Рак Педжета
 4. Метастатическая форма
57. Диффузный рак молочной железы имеет следующие формы:
1. Маститоподобный рак
 2. Рожеподобный рак
 3. Панцирный рак
 4. Экзематозная форма рака
58. Для инфильтративно-отечной формы рака молочной железы характерно:
1. Может возникать в период беременности
 2. Чаще наблюдается у женщин в молодом возрасте
 3. Может возникать в период лактации
 4. Острое течение
59. В группу повышенного риска при раке молочной железы включают
1. Женщин с дисгормональными заболеваниями молочной железы
 2. Женщин с поздно наступающей менопаузой
 3. Женщин, страдающих дисменореей
 4. Мастит в период менопаузы
60. В течении рака Педжета различают стадии:
1. Стадия экземы
 2. Стадия ракового лимфангита
 3. Стадия язвы
 4. Стадия развития тромбофлебита подмышечной вены

61. Регионарными лимфатическими узлами при раке молочной железы являются:

1. Подключичные на стороне поражения
2. Подмышечные на стороне поражения
3. Интерпекторальные узлы Роттера
4. Внутренние в межреберных пространствах вдоль края грудины на противоположной стороне

В вопросах 62 - 75 определите верно или неверно каждое из двух утверждений, далее определите верна или нет причинная взаимосвязь между ними:

| Ответ | Утверждение 1 | Утверждение 2 | Взаимосвязь между 1 и 2 утверждениями |
|-------|---------------|---------------|--|
| А | верно | верно | верна |
| В | верно | верно | неверна |
| С | верно | неверно | неверна |
| Д | неверно | верно | неверна |
| Е | неверно | неверно | неверна |

62. При узловой мастопатии показана секторальная резекция молочной железы (утверждение 1),

потому что

из узловой мастопатии может развиваться рак (утверждение 2).

63. При раке молочной железы I стадии ($T_1N_0M_0$) показана овариэктомия (утверждение 1),

потому что

рак молочной железы часто связан с гиперэстрогемией (утверждение 2).

64. При распадающемся раке молочной железы IV стадии ($T_4N_3M_1$) показана паллиативная мастэктомия (утверждение 1),

потому что

распадающийся рак молочной железы может сопровождается гнойно-септическими осложнениями (утверждение 2).

65. При диффузной мастопатии назначают лечение микродозами йода (утверждение 1),

потому что
микродозы йода нормализуют функцию щитовидной железы
(утверждение 2).

66. При узловой мастопатии показана радикальная мастэктомия
(утверждение 1),
потому что
узловая мастопатия может перерождаться в рак (утверждение 2).

67. При опухолях молочной железы необходимо производить
пункционную биопсию (утверждение 1),
потому что
цитологическое исследование пунктата достаточно информативно для
выбора метода лечения (утверждение 2).

68. Субареолярный мастит вскрывается радиальным разрезом,
доходящим до основания соска (утверждение 1),
потому что
дугообразным разрезом по переходной складке вскрывается
интрамаммарный абсцесс (утверждение 2).

69. Дренирование гнойника при мастите двухпросветной дренажной
трубкой с ушиванием раны и последующим промыванием гнойной
полости антисептиками в настоящее время применяется крайне редко
(утверждение 1),
потому что
пункционный метод лечения острого мастита самый эффективный,
так как через иглу всегда удастся хорошо санировать гнойную
полость, не прибегая к ее вскрытию (утверждение 2).

70. Для инфильтративно-отечной формы рака молочной железы
характерно длительное течение (утверждение 1),
потому что
при инфильтративно-отечной форме рака молочной железы поздно
появляются метастазы (утверждение 2).

71. Рожеподобный рак молочной железы является одной из форм
узлового рака (утверждение 1),

потому что
при рожеподобном раке в молочной железе всегда выявляется
плотный, безболезненный узел (утверждение 2).

72. При раке молочной железы I и IIa ($T_{1-2}N_0M_0$) стадии допустима
операция Пейти (утверждение 1),
потому что
при операции Пейти молочная железа удаляется единым блоком с
большой и малой грудными мышцами, клетчаткой подмышечной,
подлопаточной и подключичной областей (утверждение 2).

73. При раке молочной железы предпочтение в выборе оперативного
вмешательства отдают мастэктомии по Урбану (утверждение 1),
потому что
мастэктомия по Урбану технически проще выполняется, чем
мастэктомия по Холстеду (утверждение 2).

74. При раке молочной железы $T_4N_2M_1$ основным методом лечения
должна быть радикальная мастэктомия (утверждение 1),
потому что
лучевая, химио- и гормонотерапия при раке молочной железы $T_4N_2M_1$
не приводят к радикальному излечению (утверждение 2).

75. При раке молочной железы у менструирующих женщин и при
менопаузе до 10 лет показана гормонотерапия (утверждение 1),
потому что
гормонотерапия при раке молочной железы должна быть направлена
на стимуляцию выработки эстрогенов (утверждение 2).

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Назовите границы молочной железы.
2. Чем образована капсула молочной железы?
3. Какими артериями кровоснабжается молочная железа? В какие группы лимфоузлов осуществляется лимфоотток от молочной железы?
4. Перечислите заболевания молочных желез.
5. Почему пальпаторное исследование молочных желез во время профосмотров необходимо проводить всем женщинам старше 30 лет?

6. В чем смысл безконтрастной и контрастной маммографии?
7. Как и с какой целью проводится пункционная биопсия с последующим цитологическим исследованием молочных желез?
8. Когда чаще всего возникает острый гнойный мастит? Какие меры профилактики его Вы знаете?
9. Назовите фазы развития острого мастита.
10. Какие локализации гнойников в молочной железе Вы знаете?
11. Какими разрезами вскрываются гнойники молочной железы?
12. Назовите причины развития дисгормональных заболеваний молочной железы.
13. Какие формы мастопатии Вы знаете?
14. Какие доброкачественные опухоли молочной железы Вы знаете?
15. Что такое симптом Кенига? Как он определяется и интерпретируется?
16. Каково лечение доброкачественных опухолей молочной железы?
17. Почему необходимо производить срочное гистологическое исследование при секторальной резекции молочной железы?
18. Назовите теории этиологии и патогенеза рака молочной железы.
19. В каких географических зонах чаще встречается рак молочной железы?
20. Назовите формы диффузного рака молочной железы. В чем особенности течения диффузного рака молочной железы?
21. Что такое узел Зоргиуса. Где он расположен?
22. Какие клинические формы рака молочной железы Вы знаете?
23. Что такое симптомы умбиликации и лимонной корки и когда они появляются?
24. Назовите классификацию рака молочной железы по стадиям и по системе TNM.
25. Проведите дифференциальную диагностику между фиброаденомой и раком молочной железы.
26. Какие радикальные операции применяются при раке молочной железы? Какие органы и ткани удаляются при радикальной мастэктомии?
27. В каких случаях показана пред- и послеоперационная лучевая терапия?
28. Что такое "непальпируемые" опухоли? Их диагностика.
29. Назовите меры профилактики рака молочной железы

РАК ЛЕГКИХ

В последние годы отчетливо прослеживается тенденция к ускорению темпов роста заболеваемости раком легких. Во многих странах – это самая частая опухоль у мужчин. Самая высокая смертность от рака легких зарегистрирована в Англии, Финляндии, Австрии, Голландии и Бельгии. В Беларуси по частоте встречаемости у мужчин он уступает только раку желудка. Мужчины болеют раком легких в 4-9 раз чаще женщин, в Российской Федерации на 100 000 населения заболевание встречается у 68 мужчин и 8 женщин, в Беларуси у 65,4 и 4,7 соответственно (2000 г.).

Легкие и трахеобронхиальное дерево.

Правое легкое имеет три доли (верхнюю, среднюю и нижнюю), разделенные двумя (косой и горизонтальной) щелями.

Левое легкое имеет две доли (верхнюю и нижнюю), разделенные косой щелью.

Бронхолегочный сегмент - отдельная часть каждой доли, имеющая свой бронх и независимое кровоснабжение. По форме сегмент напоминает пирамиду с вершиной направленной к корню легкого. Правое легкое имеет десять сегментов, левое – 9 сегментов. (Рис.9).

Трахеобронхиальное дерево включает трахею, главные, долевы, сегментарные, субсегментарные, дольковые бронхи и бронхиолы. Начало трахеи на уровне VI-VII шейных позвонков, длина её 10-12 см, диаметр 13-22 мм. Правый главный бронх отходит от трахеи под более острым углом и является её продолжением, поэтому сюда чаще попадают рвотные массы и пища. Месту деления трахеи на бронхи соответствует киль (carina tracheae), снизу вдающийся в просвет трахеи. Над левым бронхом находится дуга аорты, над правым бронхом – непарная вена. Стенка трахеобронхиального дерева состоит из четырех оболочек: слизистой, подслизистой, фиброзно-хрящевой и адвентициальной.

Ацинус. Респираторный отдел - совокупность ацинусов. Респираторная бронхиола, ветвась, образует альвеолярные ходы, переходящие в преддверие и далее - в альвеолярные мешочки. В просветы респираторной бронхиолы и альвеолярных ходов открываются альвеолы. Фактически преддверие и альвеолярные мешочки - пустоты, образованные альвеолами. Совокупность всех этих структур составляет ацинус. Легочная долька состоит из 12-18 ацинусов.

Альвеолы выстланы однослойным эпителием, расположенным на базальной мембране. Клеточный состав эпителия: альвеолоциты I и II типов.

Сурфактант. На 1 м^2 альвеолярной поверхности приходится около 50 мм^3 сурфактанта (эмульсии из фосфолипидов, белков и углеводов), который служит защитой для легких. Толщина его пленки составляет 3% толщины аэрогематического барьера.

Кровоснабжение. Малый круг кровообращения начинается легочным стволом, принимающим кровь из правого желудочка. Затем легочной ствол делится на две легочные артерии, ветвящиеся по ходу воздухоносных путей. Их ветви, сопровождая бронхи, проходят к центрам долек до терминальных бронхиол. Далее артерии переходят в артериолы, распадающиеся на капилляры межальвеолярных перегородок. Через стенку этих капилляров происходит газообмен. Обогащенная кислородом кровь собирается в систему четырех легочных вен и по ним направляется в левое предсердие. Таким образом, в малом круге кровообращения по артериям течет венозная кровь, а по венам - артериальная. Малый круг кровообращения не является источником кровоснабжения для бронхов и легочной ткани, которая и питает альвеолы. Основная его функция – газообмен. В легких существует вторая система кровообращения - ветви бронхиальных артерий, отходящих от аорты. Бронхиальные артерии также проходят в ткани легкого в тесной связи с бронхиальным деревом и осуществляют питание легкого. Объем этого кровотока составляет всего 1/100 часть кровотока малого круга.

Легочная артерия и ее ветви несут неоксигенированную кровь (функция внешнего дыхания)

Бронхиальные артерии несут оксигенированную кровь (функция питания), питание легочных альвеол осуществляют ветви легочной артерии.

Сосуды малого круга кровообращения и бронхиальные сообщаются между собой анастомозами.

Лимфатические сосуды проходят сквозь паренхиму легких в направлении корней. В средостении ток лимфы направлен вверх через паратрахеальные лимфатические узлы. В основном лимфооток из легких происходит через лимфатические узлы соответствующей стороны (ипсилатерально). Однако из нижней доли легкого лимфа обычно оттекает на противоположную сторону (контралатерально).

Схема сегментарного строения легких (рис.9)

| Правое легкое | | левое легкое | |
|---------------|------------------------------------|--------------------|----------------------|
| Доля | Сегмент | Доля | Сегмент |
| Верхняя | 1. Верхушечный | Верхняя | 1-2.Задневерхушечный |
| | 2. Задний | | 3. Передний |
| | 3. Передний | Язычковый бронх | 4. Верхний |
| Средняя | 4. Наружный | | 5. Нижний |
| | 5.Внутренний | Нижняя | 6. Верхушечный |
| Нижняя | 6. Верхушечный | | 7. (Отсутствует) |
| | 7. Сердечный (медиально-базальный) | | 8. Переднебазальный |
| | 8. Переднебазальный | | 9. Наружно-базальный |
| | 9.Наружно-базальный | | 10. Заднебазальный |
| | 10. Заднебазальный | | |

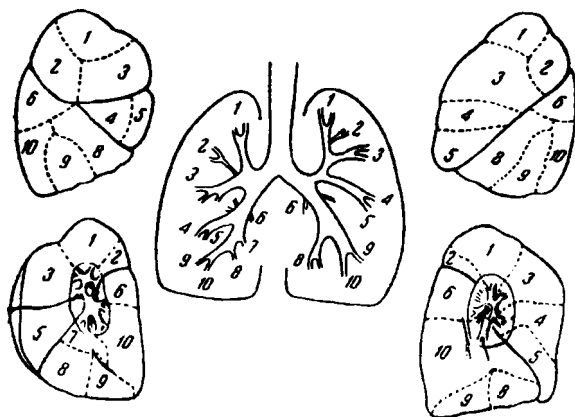


Рис. 9. Схема сегментарного строения легких

Функции легких

1. Газообмен между вдыхаемым воздухом и кровью капилляров, которые окружают альвеолы, происходит по законам диффузии. В основе внешнего дыхания находится респираторная, перфузионная, диффузионная функции легких и газотранспортная функция крови. Способность к поглощению углекислоты у крови в 25-30 раз выше, чем у кислорода.
2. Регуляция водного обмена путем испарения жидкости.
3. Гомеостаз кислотно-основного состояния.
4. Регуляция pH крови.
5. Иммунологическая защита организма за счет резидентных макрофагов.

Плевра представляет собой серозную оболочку, покрывающую легкие и выстилающую стенки грудной полости. Между листками плевры в норме содержится 20 – 25 мл жидкости, обеспечивающей наподобие смазки более гладкое движение легких при акте дыхания. Оба легких (правое и левое) заключены в плевральные мешки. Наружный (париетальный) листок плевры выстилает грудную клетку изнутри, а внутренний (висцеральный) плотно срастается со всех сторон с тканью легких. Книзу от корня легких образуется легочная связка в виде дупликации плевры, доходящая почти до диафрагмы. У здоровых людей плевральная жидкость выделяется париетальной плеврой, а абсорбируется висцеральной. Транссудация абсорбция жидкости в плевральной полости зависит от гидростатического, коллоидного и тканевого давления.

При воспалительных заболеваниях содержание белка в плевральной жидкости может возрастать.

Давление внутри плевральной полости отрицательное. При спокойном дыхании оно изменяется в пределах от – 15 см водн. ст. при вдохе до 0 – 2 при выдохе. При форсированном глубоком дыхании давление может меняться от – 60 см при форсированном вдохе до + 30 при энергичном выдохе.

Классификация

Исходными элементами роста опухоли является покровный эпителий слизистой бронхов и эпителий слизистых желез бронхов. Развитие рака из эпителия легочных альвеол не доказано.

По локализации различают:

1. Центральный рак (развивается в главном, долевым, промежуточном, начальном отделе, сегментарном бронхе - 70-80%);
2. Периферический рак (развивается в субсегментарных бронхах и их ветвях) - 20-30%;

- а) шаровидный (узловая форма);
- б) субплевральные опухоли (в т.ч. Панкоста);
- в) полостная форма;
- г) диффузная и миллиарная форма.

По типу роста опухоли:

- 1. Экзофитный (эндобронхиальный)
- 2. Эндофитный (экзобронхиальный)
- 3. Смешанный.

По форме роста опухоли:

- 1. Полипозный
- 2. Узловой
- 3. Разветвленный.

По гистологическому строению:

В зависимости от гистологической структуры по рекомендации ВОЗ с некоторыми изменениями Н.А.Краевского (1982) различают следующие виды рака.

- 1. Плоскоклеточный (эпидермоидный) рак:
 - а) высокодифференцированный,
 - б) умереннодифференцированный,
 - в) низкодифференцированный.
- 2. Мелкоклеточный рак.
- 3. Аденокарцинома:
 - а) высокодифференцированная (брохиолоальвеолярная),
 - б) железисто-солидная,
 - в) низкодифференцированная.
- 4. Крупноклеточный рак:
 - а) светлоклеточный.

Гистологическая структура в разных участках опухоли может быть различной. Это так называемые диморфные (имеющие два вида опухолевых клеток) и триморфные (имеющие три вида клеток) опухоли.

М К Б 10

| | |
|-------|--|
| C34 | <i>Злокачественное новообразование бронхов и легких</i> |
| C34.0 | Главных бронхов |
| C34.1 | Верхней доли бронхов или легких |
| C34.2 | Средней доли бронхов или легких |
| C34.3 | Нижней доли бронхов или легких |
| C34.8 | Поражение бронхов или легких, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций |
| C34.9 | Бронхов или легких неуточненной локализации |

Классификация рака легких по системе TNM и стадиям

Стадии определяют, исходя из данных, полученных при дооперационном обследовании, медиастиноскопии, торакоскопии и в результате гистологического исследования.

Т (первичные опухоли)

T_x Существование опухоли доказано наличием злокачественных клеток в мокроте, но не выявлено ни при рентгенографии, ни при бронхоскопии.

T₀ Первичная опухоль не определяется.

Tis Карцинома in situ, преинвазивный рак.

T₁ Опухоль не более 3 см в диаметре, нет признаков инвазии (окружена паренхимой легких или висцеральной плеврой, по данным бронхоскопии нет признаков поражения долевых бронхов).

T₂ Опухоль больше 3 см в диаметре или опухоль любого размера, прорастающая висцеральную плевроу или сопровождающаяся ателектазом, обструктивной пневмонией, распространяющаяся на корень легких. По данным бронхоскопии опухоль не должна распространяться проксимальнее долевого бронха (как минимум на 2 см дистальнее места разветвления главного бронха). Ателектаз или пневмония не должны быть тотальными (затрагивать все легкое).

T₃ Опухоль любого размера, распространяющаяся на прилежащие ткани (например, плевроу, грудную стенку, диафрагму, перикард). Нет поражения миокарда, крупных сосудов, трахеи, пищевода, позвонков. Опухоль может распространяться на главный бронх на расстояние менее 2 см от места бифуркации трахеи.

T₄ Опухоль любых размеров, поражающая сердце, крупные сосуды, трахею, пищевод, позвонки, или наличие выпота в плевральной полости.

N (поражение регионарных лимфатических узлов)

N_x Недостаточно данных для оценки регионарных лимфоузлов.

N₀ Нет видимых метастазов в регионарные лимфатические узлы.

N₁ Метастазы в перибронхиальные лимфатические узлы и/или лимфатические узлы корня легких на стороне поражения.

N₂ Метастазы в лимфатические узлы средостения со стороны опухоли или бифуркационные.

N₃ Метастазы в лимфатические узлы средостения, корня легких с противоположной стороны (контралатеральные), глубокие шейные, надключичные или подключичные лимфатические узлы со стороны опухоли или на другой половине грудной клетки.

M (отдаленные метастазы)

M_x Недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

M₀ Отдаленных метастазов нет (не выявлены).

M₁ Отдаленные метастазы обнаружены.

Группирование по стадиям

| Стадия карцинома | T _x | N ₀ | M ₀ |
|------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------|
| Стадия 0 | Tis | N ₀ | M ₀ |
| Стадия IA | T ₁ | N ₀ | M ₀ |
| Стадия IB | T ₂ | N ₀ | M ₀ |
| Стадия IIA | T ₁ | N ₁ | M ₀ |
| Стадия IIB | T ₂ | N ₁ | M ₀ |
| | T ₃ | N ₀ | M ₀ |
| Стадия IIIA | T ₁ , T ₂ | N ₂ | M ₀ |
| | T ₃ | N ₁ , N ₂ | M ₀ |
| Стадия IIIB | Любое T | N ₃ | M ₀ |
| | T ₄ | Любое N | M ₀ |
| Стадия IV | Любое T | Любое N | M ₁ |

Клинико-анатомические формы рака

1. Центральный рак.
2. Периферический рак.
3. Атипические формы (медиастинальная, карциноматоз легких, костная, мозговая, сердечно-сосудистая, желудочно-кишечная, печеночная).

Клиника рака легких зависит от:

- 1) характера роста опухоли;
- 2) клинико-анатомической формы рака;
- 3) темпов метастазирования;
- 4) сопутствующих вторичных воспалительных изменений и наличия осложнений.

Симптомы рака легких

Рак легких длительное время не дает симптомов или же клинические проявления его похожи на бронхит, ОРЗ, хронические неспецифические заболевания легких. Характер симптомов и сроки их возникновения зависят от локализации опухоли, степени и быстроты развития, обструкции бронхита, его калибра, вида возникающих осложнений (ателектаз, пневмония, пневмонит, плеврит, поражения грудной стенки), особенностей роста опухоли и её метастазирования.

Симптомы:

- I. Общие (слабость, повышенная утомляемость, повышение температуры тела, снижение трудоспособности, похудание).

В этот период опухоль может быть определена при цитологическом исследовании мокроты, редко рентгенологически.

II. Местные:

- кашель может быть незначительным, постепенно он становится мучительным, надсадным, лающим со скудной мокротой;
- кровохарканье появляется поздно, может быть в виде прожилок, затем малинового желе;
- боль в груди бывает часто кратковременной в начале заболевания и мучительной при прорастании раковой опухоли в плевру, межреберные нервы, грудную стенку;
- одышка характеризует обширность поражения легких и сокращения дыхательной поверхности.

III. Симптомы вовлечения в опухолевой процесс смежных органов и тканей:

- 1) осиплость голоса, афония (при сдавлении возвратного нерва);
- 2) синдром Горнера: одностороннее западение глазного яблока, птоз и миоз (при сдавлении симпатического ствола), рак Панкоста;
- 3) цианоз, отечность лица, набухание подкожных вен груди и шеи (при компрессии верхней полой вены);
- 4) дисфагия (при вовлечении в процесс пищевода);
- 5) сердечные нарушения (при смещении органов средостения);
- 6) постоянные боли в груди (при переходе опухоли в плевру, грудную стенку, диафрагму, средостение, пневмонитах, ателектазе).

IV. Симптомы отдаленных метастазов.

V. Симптомы вторичных костно-суставных изменений - развитие остеоартропатий ("барабанные палочки", "часовые стекла", припухлость и болезненность в лучезапястных, голеностопных и коленных суставах).

VI. Паранеопластические проявления (внегочronic проявления, не связанные с метастазами) возникают вторично вследствие действия гормонов и гормоноподобных веществ, выделяемых опухолью. Сюда относят синдром Кушинга, гиперкальциемию, остеоартропатии и гинекомастию, синдром Ламберта-Итона, сопровождающийся мышечной слабостью, подобной миастенической. Эктопическая секреция АКГТ вызывает гипокалиемию и мышечную слабость, неадекватная секреция АДГ приводит к гипонатриемии.

Особенности клинического течения отдельных форм рака

1. Центральная рак:

- 1) симптоматика обусловлена нарушением бронхиальной проходимости, как правило, физикальные симптомы выражены слабо;
- 2) признаки заболевания появляются раньше, чем при периферическом;
- 3) характерными симптомами являются кашель, кровохарканье, одышка, боль в грудной клетке появляется позже;
- 4) быстро наступает обструкция бронха с развитием обструкционной эмфиземы, а затем ателектаза и ракового пневмонита.

2. Периферическая форма в раннем периоде болезни имеет очень скудную симптоматику. Только при развитии перифокальной пневмонии, распада опухоли, прорастания плевры и грудной стенки появляется кашель, боль в груди, общая слабость, похудание.

3. Верхушечный рак Панкоста:

- 1) Прорастает купол плевры, симпатический нерв и плечевое сплетение, что проявляется болями в груди и руке, наличием синдрома Горнера, подключичной вены
- 2) Поражаются межреберные нервы, разрушается I ребро.
- 3) В подключичной области можно пропальпировать опухоль без четких границ.

4. Медиастинальная форма рака легких - характеризуется наличием бурно растущих метастазов в средостении и проявляется симптомами нарушения кровообращения (медиастенальный синдром, цианоз, одышка, признаки сдавления верхней полой вены), поражения пищевода, нервных стволов, перикарда.

5. Миллиарный карциноматоз - свойственны множественные метастазы (обсеменение) в одном или обоих легких. При этой форме преобладают симптомы интоксикации (слабость, быстрая утомляемость, повышение температуры тела, похудание).

Диагностика

1. Рентгенография и рентгеноскопия органов грудной клетки

- а) Опухоль может выглядеть как очаг, фокус, инфильтрат или ателектаз.
- б) Сомнительные изменения на рентгенограмме у больных старше 40 лет с большой вероятностью свидетельствуют о раке легких.
- в) Симптом Гольцхнехта-Якобсона – смещение средостения в большую сторону при глубоком вдохе вследствие обструкции крупного бронха и ателектаза участка легких.
- г) Симптом Рубинштейна – смещение трахеи в большую сторону.

- д) Симптом ракетки, гусиной лапки.
 - е) Плеврит при поражении плевры.
 - ж) Наличие полости в легком с секвестром внутри и толстыми бухтоизмененными краями.
2. *КТ* проводят для уточнения распространения опухоли и выявления метастазов в средостении.
 3. *Бронхоскопия* позволяет оценить распространение опухоли в проксимальном направлении, операбельность, получить материал для гистологического исследования и выяснить состояние противоположного легкого.
 4. *Медиастиноскопия и торакоскопия* необходимы в 5-10% случаев. Подобные инвазивные методы полезны в диагностике мелкокле-точного рака легких, более склонного к росту в средостение, чем в просвет бронхов. Медиастиноскопию или пневмомедиастиноскопию можно использовать для оценки операбельности лимфатических узлов корня легких и средостения.
 5. *Биопсия лимфатического узла.* Проводят для исследования подозрительных в отношении метастазов шейных и надключичных лимфатических узлов.

Дифференциальный диагноз рака легких проводится с:

1. хроническими неспецифическими пневмониями;
2. хроническими нагноительными заболеваниями легких;
3. туберкулезом легких;
4. доброкачественными опухольями и кистами легких;
5. опухольями средостения.

Лечение

1. Хирургическое лечение

а) Показания к операции: хорошо отграниченные опухоли I-III стадии, отсутствие отдельных метастазов в другие органы.

б) Объем операции:

Удаление легкого или его части (лобэктомия, расширенная лобэктомия или пульмонэктомия) – единственный, возможный путь лечения рака легких. Производят резекцию пораженных участков легких, регионарных лимфатических узлов и (при необходимости) пораженных прилежащих тканей.

- 1) Лобэктомия. Выполняют при поражении, ограниченном одной долей.
- 2) Расширенные резекции и пульмонэктомия. Выполняют, если опухоль поражает междолевую плевру или расположена близко к корню легких.

3) Комбинированные операции. Выполняют при распространении опухоли на соседние органы (стадия III B). Их существует несколько типов: сосудисто-предсердный, трахеальный, медиастинальный, париетодиафрагмальный.

4) Клиноводные резекции, сегментэктомия. Проводят, как исключение, при локализованной опухоли у больных из группы высокого риска.

В последнее время эти операции часто проводят с применением эндовидеоторакоскопической техники.

Противопоказания к торакотомии. Примерно у половины больных к моменту установления диагноза заболевание настолько запущено, что торакотомия нецелесообразна, только у 30 – 40 % больных направляемых для оперативного лечения опухоль операбельна.

Наличие отдаленных метастазов – абсолютное показание к хирургическому лечению рака легкого.

По мнению академика М.И.Кузина, противопоказаниями к операциям на легких являются тяжелое общее состояние больного, грубые нарушения функции легких и сердечно-сосудистой системы, невозможность радикального удаления опухоли, наличие отдаленных метастазов и карциноматоза плевры, возраст старше 75 лет (относительное противопоказание), не поддающиеся коррекции сопутствующие и фоновые заболевания (сердечная недостаточность, выраженные изменения функции печени и почек).

2. Вспомогательная (адьювантная) терапия. При некоторых опухолях на поздних стадиях показано проведение лучевой и химиотерапии (отдельно либо в сочетании).

а. Лучевая терапия (дистанционная или контактная) особенно эффективна при опухоли Панкоста. При других опухолях лучевую терапию обычно назначают в послеоперационном периоде больным, имеющим метастазы в средостении. Суммарная доза 60-70 Гр. Плоскоклеточные раки мало чувствительны к лучевой терапии.

б. Химиотерапия при раке легких в большинстве случаев не помогает продлить жизнь больного и даже не оказывает паллиативного действия. Результат не зависит от того, используют ли ее "в чистом виде" или в комбинации с хирургическим вмешательством. Комбинированная химиотерапия эффективна только при лечении мелкоклеточного рака легких, особенно при сочетании с лучевой терапией.

в. Дооперационная химиотерапия ("в чистом виде" или в сочетании с лучевой терапией) для лечения опухолей в стадии IIIA, в частности, при N₂, степени вовлечения лимфатических узлов.

д. Фотодинамическая терапия.

Сущность метода заключается в способности раковых клеток накапливать фотосенсибилизатор (фотофрин и его аналоги, изготовленные на основе гематопорфирина, фотосенс аласенс и др.). При облучении опухоли, накопившей фотосенсибилизатор, лучом лазера определенной длины волны в клетках появляются активные радикалы, разрушающие раковые клетки. Параллельно с этим возникает тромбоз мелких сосудов, питающих опухоль, ограниченный глубиной проникновения луча лазера, что приводит к некрозу ткани опухоли. При раке I стадии можно добиться полного исчезновения опухоли. При II-III стадиях наступает некроз поверхностных слоев опухоли. При повторных облучениях происходит частичное разрушение опухолевой ткани в бронхе, что способствует восстановлению проходимости бронха, уменьшению воспалительных изменений в неинфицируемых участках легких. Эту методику целесообразно использовать как для предоперационной подготовки, так и для паллиативного лечения.

Метастатические опухоли в легкие подлежат хирургическому лечению и химиотерапии.

Прогноз в первую очередь зависит от гистологического варианта опухоли и стадии болезни в момент установления диагноза.

Ситуационные задачи

1. У больного 48 лет после перенесенного гриппа, начавшегося с температуры $39,5^{\circ}\text{C}$, вот уже в течение 3 нед. держится субфебрильная температура. Пациент отмечает сухой кашель, слабость, упадок сил, одышку. Слева в верхнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание. СОЭ 45 мм/ч. В скудной мокроте слизистого характера много эритроцитов. Рентгенологически в верхней доле правого легкого определяется неравномерной интенсивности затемнение без четких границ. На боковом снимке определяется ателектаз III сегмента. При бронхографии было выявлено значительное сужение верхнедолевого бронха и изъеденность его контуров.

Ваш диагноз и тактика лечения?

2. Больной 52 лет обратился с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко и с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. Болен 2 мес. За это время нарастают упадок сил и слабость. Температура была повы-

шенной только в первую неделю заболевания. Сейчас нормальная. В легких везикулярное дыхание, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивная тень треугольной формы, соответствующая нижней доле правого легкого.

О каком заболевании следует думать? Какой план обследования вы наметите? Что могут показать дополнительные исследования, если ваш диагноз подтвердится?

3. У больного 49 лет диагностирован рак верхней доли правого легкого с ателектазом. Состояние пациента удовлетворительное, данных о метастазировании нет. Решено больного оперировать.

Операцию, какого объема, вы предполагаете провести? Какие исследования позволят вам до операции составить представление о ее объеме?

4. Мужчина 55 лет обратился в приемный покой с жалобами на боли в грудной клетке, одышку при физической нагрузке, кашель, слабость, кровохарканье. Со слов больного в последние 3 месяца 4 раза перенес ОРВИ после контакта с больным гриппом. Дома больной принимал аспирин, через 3-5 дней симптомы простуды беспокоили меньше.

Из анамнеза: в течение 35 лет пациент курит по две пачки сигарет в день, работал в горнорудной промышленности до 50 лет, в возрасте 20 лет перенес туберкулез легких, в настоящее время с учета снят, страдает хроническим бронхитом, отмечает по утрам кашель, с трудным отхождением мокроты, в последнее время кашель надсадный, лающий, больше ночью.

При осмотре у больного заметно отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, имеется смещение трахеи влево от средней линии, высокое стояние левой лопатки. При пальпации в левой надключичной области определяются увеличенные лимфоузлы. При аускультации над верхней долей левого легкого выслушивается ослабленное дыхание, незвучные влажные хрипы, при перкуссии - притупление перкуторного звука.

При обзорной Rtg-графии легких слева вблизи корня легких образование без четких границ 4х3 см, уменьшение верхней доли левого легкого в размерах, смещение трахеи влево, имеется небольшое количество выпота в левой плевральной полости. В последние несколько дней больной отмечает осиплость голоса.

Анализ крови: Hb 96%, Эр $3,0 \cdot 10^{12} / \text{мм}^3$, Л - $7,4 \cdot 10^9 / \text{мм}^3$, п - 7%, с - 63%, м - 10%, л - 20%. СОЭ - 47 мм/час.

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите больному?
 - А. Обострение хронического бронхита
 - Б. ОРВИ
 - В. Абсцесс легкого
 - Г. Рецидивирующая пневмония
 - Д. Рак легких
2. Какие данные анамнеза Вас настораживают?
 - А. Одышка при физической нагрузке
 - Б. Он слишком много курит
 - В. Перенес туберкулез
 - Г. Кашель по утрам
 - Д. Надсадный кашель ночью
3. Какие инструментальные методы Вы назначите больному для постановки диагноза
 - А. Бронхография
 - Б. Томография легких и средостения
 - В. Биопсия лимфоузлов надключичной области
 - Г. Бронхоскопия
 - Д. Исследование мокроты на атипичные клетки
4. Данное заболевание следует дифференцировать с
 - А. Пневмонией
 - Б. Туберкулезом
 - В. Эхинококкозом
 - Г. Инфарктом миокарда
 - Д. Опухолью средостения
5. Высокое стояние левой лопатки - это симптом:
 - А. Гольцкнехта-Якобсона
 - Б. Бамбергера
 - В. Диллона
 - Г. Курвуазье
 - Д. Ортнера
6. Симптом Рубинштейна - это
 - А. Кровохарканье
 - Б. Одышка
 - В. Смещение трахеи в больную сторону
 - Г. Наличие выпота в плевральной полости
 - Д. Кашель по утрам

7. Раковый пневмонит - это
- А. Раковая пневмония, обусловленная ателектазом
 - Б. Зыпот в плевральной полости
 - В. Метастазы рака легких в противоположное легкое
 - Г. Дорожка от опухоли к корню легких
 - Д. Наличие тени в легком с четкой границей
8. Какие симптомы описаны в условии задачи:
- А. Гольцкнехта-Якобсона
 - Б. Рубинштейна
 - В. Восходящего солнца
 - Г. Ателектаза верхней доли
 - Д. Поражения нижнего возвратного гортанного нерва
9. У больного имеется уменьшение в размерах верхней доли левого легкого из-за
- А. Пневмонии
 - Б. Плеврита
 - В. Смещения трахеи
 - Г. Сужения бронха
 - Д. Тени в легком
10. Как называется уменьшение сегмента доли или легкого в размерах вследствие обструкции дренирующего бронха ?
- А. Пневмония
 - Б. Ателектаз
 - В. Пневмосклероз
 - Г. Плеврит
 - Д. Пневмокониоз
11. Назовите факторы, способствующие развитию ракового пневмонита:
- А. Инфильтрация раковыми клетками паренхимы легких
 - Б. Обструкция бронха
 - В. Прорастание опухоли в париетальную плевру
 - Г. Инфицирование ателектазированного участка легочной ткани
 - Д. Уменьшение дренирующей функции бронха
12. Назовите наиболее вероятную причину осиплости голоса у данного больного
- А. ОРВИ
 - Б. Ларингит

- В. Трахеит
- Г. Поражение возвратного гортанного нерва
- Д. поражение симпатического нерва

13. Назовите факторы, способствующие развитию заболевания:
- А. Хронический бронхит
 - Б. Высокая концентрация радона в помещениях
 - В. Курение
 - Г. Работа в горнорудной промышленности
 - Д. Перенесенный туберкулез легких
14. Какие методы лечения целесообразно применить данному больному?
- А. Лобэктомия
 - Б. Пульмонэктомия
 - В. Лечение антибиотиками
 - Г. Лучевая терапия
 - Д. Дренирование левой плевральной полости
15. Назовите признаки неоперабельности опухоли
- А. Осиплость голоса
 - Б. Ателектаз доли
 - В. Смещение трахеи
 - Г. Наличие лимфоузлов в надключичной области слева
 - Д. Кровохарканье

Тестовый контроль знаний

В вопросах 1 - 9 выберите наиболее правильный ответ (ответы):

1. Какой рентгенологический симптом характерен для периферического рака легких?
- А. Наличие округлой тени с "дорожкой" к корню легкого
 - Б. Смещение средостения в здоровую сторону.
 - С. Ателектаз или гиповентиляция доли легкого
 - Д. Смещение средостения в больную сторону
 - Е. Положительный симптом Гольцкнехта-Якобсона
2. Какой метод наиболее информативен в диагностике центрального рака легких?
- А. Рентгенография
 - В. Бронхоскопия

- С. Цитологическое исследование мокроты
- Д. Бронхография
- Е. Томография

3. Какой метод малоинформативен в диагностике периферического (верхушечного) рака легких?

- А. Рентгенография
- В. Рентгено-томография
- С. Торакоскопия
- Д. Бронхоскопия
- Е. Компьютерная томография

4. Какой из симптомов обычно не выявляется при физикальном исследовании больных центральным раком легких?

- А. Укорочение перкуторного звука над пораженным отделом легких
- В. Ослабление дыхательных шумов
- С. Отставание при дыхании пораженной половины грудной клетки
- Д. Смещение трахеи в сторону пораженного легкого
- Е. Парадоксальное дыхание

5. При центральном раке легких одним из первых симптомов являются:

- А. Легочное кровотечение
- В. Одышка
- С. Кашель
- Д. Повышение температуры тела
- Е. Похудание

6. Больной 52 лет страдает правосторонней вялотекущей базальной пневмонией. Определите тактику дальнейшего ведения больного.

- А. Провести массивную антибиотикотерапию
- В. Выполнить торакоскопическое исследование
- С. Направить на бронхоскопическое исследование
- Д. Назначить физиотерапевтическое лечение (вибромассаж, УВЧ)
- Е. Произвести цитологическое исследование мокроты

7. Больной 52 лет страдает правосторонней вялотекущей базальной пневмонией. Вы правильно определили тактику дальнейшего ведения больного. Объясните причину Вашего выбора.

- А. Недостаточно интенсивная терапия антибиотиками

- В. В лечении не учтена микрофлора и ее чувствительность к антибиотикам
 С. Необходимо интенсивное комплексное лечение
 Д. Онкологическая настороженность
 Е. Необходима дополнительная более эффективная физиотерапия
8. Какое из указанных утверждений не соответствует действительности?
 А. Рак легких занимает 2-4 место в структуре онкозаболеваний различных стран
 В. Рак легких чаще наблюдается в возрасте 50-60 лет
 С. Рак легких встречается одинаково часто у мужчин и женщин
 Д. Рак легких этиологически связан с профессиональным воздействием кобальта, никеля, мышьяка, радона
 Е. Доказана связь курения с возникновением рака легких
9. Укажите метод лечения рака легких, при котором более вероятен благоприятный исход:
 А. Лучевая терапия
 В. Удаление всего легкого или его доли
 С. Химиотерапия
 Д. Иммунотерапия
 Е. Гормонотерапия

В вопросах 10 - 16 приведены симптомы заболеваний. Выберите, какому заболеванию они соответствуют. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|--|---|
| 10. Симптомы плечевого плексита, сдавления подключичной вены | А. Центральный рак легких В. Опухоль Панкоста |
| 11. Рентгенологически наличие в легких полости с горизонтальным уровнем жидкости | С. Абсцесс легкого Д. Бронхоэктатическая болезнь |
| 12. Симптом Гольцкнехта-Якобсона | |
| 13. Мешотчатое расширение бронха | |
| 14. Ателектаз всего легкого | |
| 15. Обильное отхождение гнойной мокроты на фоне гектической температуры | |
| 16. Синдром Горнера на стороне поражения | |

В вопросах 17 - 21 приведены оперативные вмешательства и лечебные манипуляции. Выберите, какому заболеванию они соответствуют. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|---------------------------------|------------------------------|
| 17. Резекция бронха | А. Центральный рак легких |
| 18. Пневмонэктомия | В. Туберкулез легких |
| 19. Медиастиноскопия | С. Острая пневмония |
| 20. Сегментэктомия | Д. Аденома главного бронха |
| 21. Пункция плевральной полости | Е. Клапанный пиопневмоторакс |

В вопросах 22 - 26 приведены оперативные вмешательства и лечебные манипуляции. Выберите, какому заболеванию они соответствуют. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 22. Пневмонэктомия | А. Центральный рак легких $T_2N_2M_0$ |
| 23. Туалетная лечебная бронхоскопия | В. Бронхоэктатическая болезнь 1 ст. |
| 24. Лучевая терапия | С. Центральный рак легких $T_4N_2M_0$ |
| 25. Лобэктомия | Д. Туберкулома |
| 26. Краевая резекция легкого | |

В вопросах 27 - 37 приведены симптомы заболеваний. Выберите, какому заболеванию они соответствуют. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|--|------------------------------|
| 27. Кашель | А. Центральный рак легких |
| 28. Боли в грудной клетке | В. Периферический рак легких |
| 29. Повторные повышения температуры тела | С. А+В |
| 30. При аускультации определяется амфорическое дыхание | Д. Все неверно |
| 31. Кровохарканье | |
| 32. Пневмонит | |

33. Симптомы плечевого плексита
34. Амилоидоз почек
35. Притупление перкуторного звука
36. На рентгенограмме легких определяется полость с уровнем жидкости (полостная форма)
37. Синдром Горнера

В вопросах 38 - 48 приведены симптомы заболеваний. Выберите, какому заболеванию они соответствуют. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|---|------------------------------|
| 38. Выраженная одышка в покое | А. Центральный рак легких |
| 39. Ателектаз всего легкого | В. Периферический рак легких |
| 40. Обильная гнойная мокрота | С. А+В |
| 41. Чаще встречается у женщин | Д. Все неверно |
| 42. Рентгенологически округлая тень в легком с четкими контурами | |
| 43. На рентгенограмме легких определяется полость с толстыми стенками, внутренний контур которых бухтообразно изъеден | |
| 44. Симптом Диллона | |
| 45. Симптом Рубинштейна | |
| 46. Отечность руки | |
| 47. Метастаз Шницлера | |
| 48. Возможна биопсия опухоли при бронхоскопии | |

В вопросах 49 - 63 выберите наилучшую комбинацию ответов по схеме:

| А | В | С | Д | Е |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| если верно только | если верно только | если верно только | если верно только | если все правильно |
| 1,2,3 | 1,3 | 2,4 | 4 | |

49. Основные гистологические формы рака легких:
 1. Аденокарцинома
 2. Плоскоклеточный
 3. Мелкоклеточный (овсяноклеточный)
 4. Крупноклеточный недифференцированный

50. Формы периферического рака легких:
1. Внутридолевого узел
 2. Субплевральные опухоли
 3. Полостная форма
 4. Милиарная форма
51. Центральная форма рака развивается в следующих элементах:
1. Главные бронхи
 2. Сегментарные бронхи
 3. Долевые бронхи
 4. Субсегментарные бронхи
52. Центральный рак легких подразделяется на:
1. Эндобронхиальный
 2. Перибронхиальный разветвленный
 3. Перибронхиальный узловый
 4. Перитрахеальный
53. По Международной классификации рака легких T_1 включает:
1. Опухоль размером 4-5 см
 2. Не поражает главный бронх
 3. Опухоль прорастает висцеральную плевру
 4. Опухоль размером до 3 см
54. По Международной классификации рака легких T_2 включает:
1. Опухоль распространяется на корень легких
 2. Обтурационный пневмонит, ателектаз доли
 3. Диаметр опухоли превышает 3 см
 4. Ателектаз всего легкого
55. По Международной классификации рака легких T_3 включает:
1. Обструктивная пневмония всего легкого
 2. Ателектаз всего легкого
 3. Опухоль прорастает диафрагму
 4. Опухоль распространяется на карину
56. По Международной классификации рака легких T_4 включает:
1. Опухоль прорастает пищевод
 2. Опухоль распространяется на карину
 3. Имеется геморрагический плеврит
 4. Опухоль распространяется на средостение

57. Назовите радикальные операции в лечении рака легких
1. Пульмонэктомия
 2. Лобэктомия
 3. Торакоскопическая лобэктомия
 4. Краевая резекция легкого
58. Пневмонит это:
1. Вялотекущая очаговая пневмония
 2. Инфаркт-пневмония
 3. Пневмония на фоне пневмосклероза
 4. Пневмония в ателектазированном легком
59. Клинико-анатомические формы периферического рака легких:
1. Внутридолевой узел
 2. Полостная форма
 3. Субплевральный
 4. Опухоль Панкоста
60. Для центрального рака легких характерны:
1. Симптом Дилона
 2. Отставание при дыхании участка грудной клетки
 3. Симптом Рубинштейна
 4. Укорочение перкуторного звука
61. При опухоли Панкоста наблюдаются следующие клинические проявления:
1. Птоз, миоз, энофтальм, ангидроз
 2. На рентгенограмме в области верхушки легкого округлая тень
 3. Отечность руки
 4. Экзофтальм, птоз, миоз
62. Для медиастинальной формы рака характерно:
1. Множественные метастазы в лимфатических узлах средостения
 2. Осиплость голоса
 3. Синдром сдавления верхней полой вены
 4. Внутридолевой узел
63. Признаками неоперабельности рака легких являются:

1. Ателектаз доли легкого
2. Вовлечение контралатеральных лимфоузлов средостения
3. Метастазы в перибронхиальных лимфоузлах
4. Синдром верхней полой вены

В вопросах 64 - 79 определите верно или неверно каждое из двух утверждений, далее определите верна или нет причинная взаимосвязь между ними:

| Ответ | Утверждение 1 | Утверждение 2 | Взаимосвязь между 1 и 2 утверждениями |
|-------|---------------|---------------|--|
| A | верно | верно | верна |
| B | верно | верно | неверна |
| C | верно | неверно | неверна |
| D | неверно | верно | неверна |
| E | неверно | неверно | неверна |

64. Клиническая картина периферического рака легких не отличается от центрального рака (утверждение 1),
потому что
при периферическом и центральном раке легких не нарушается функция дыхания (утверждение 2).

65. При периферическом раке легких могут быть жалобы на боли в руке (утверждение 1),
потому что
при опухоли Панкоста в опухолевой процесс вовлекается плечевое сплетение (утверждение 2).

66. При наличии синдрома Горнера радикальная операция при раке легких противопоказана (утверждение 1),
потому что
синдром Горнера (птоз, миоз, энофтальм) свидетельствует о метастазировании в головной мозг (утверждение 2).

67. При медиастинальной форме рака легких радикальная операция не проводится (утверждение 1),
потому что

наличие метастазов в медиастинальные лимфоузлы при раке легких на стороне поражения всегда является противопоказанием к радикальной операции (утверждение 2).

68. Рак легких необходимо дифференцировать с пневмонией, особенно у лиц пожилого возраста (утверждение 1),
потому что
клиника ракового пневмонита похожа на острую пневмонию (утверждение 2).

69. Основным симптомом субплевральных опухолей является боль (утверждение 1),
потому что
появление болей связано с прорастанием опухолью корня легких (утверждение 2).

70. Синдром сдавления верхней полой вены свидетельствует о неоперабельности опухоли легких (утверждение 1),
потому что
сдавление верхней полой вены сопровождается нарушением мозгового кровообращения (утверждение 2)

71. Основным методом диагностики при периферическом раке легких является бронхоскопия (утверждение 1),
потому что
при бронхоскопии визуализируется опухоль бронха и производится ее биопсия (утверждение 2).

72. Рак легких необходимо дифференцировать с пневмонией (утверждение 1),
потому что
у больных периферическим раком легких развивается долевой раковый пневмонит (утверждение 2).

73. Основным симптомом субплевральных опухолей легких является боль в грудной клетке (утверждение 1),
потому что
субплевральная опухоль легких может прорасти плевру (утверждение 2).

74. Периферический рак может располагаться субплеврально (утверждение 1),
потому что
бронхиолоальвеолярный рак, как правило, развивается из альвеолярного эпителия (утверждение 2).

75. Милиарную форму рака легких необходимо дифференцировать с туберкулезом легких (утверждение 1),
потому что
при милиарной форме рака в легких рентгенологически определяется полость, напоминающая туберкулезную каверну (утверждение 2).

76. При перибронхиальном росте центрального рака легких поздно развивается раковый пневмонит (утверждение 1),
потому что
при перибронхиальном росте опухоли просвет бронха длительное время остается проходимым (утверждение 2).

77. Для диагностики центрального рака легких используется томография легких (утверждение 1),
потому что
томография дает возможность определить место и степень сужения бронха (утверждение 2).

78. Медиастиноскопия при раке легких показана в тех случаях, когда в средостении рентгенологически установлено увеличение лимфатических узлов, но не ясен характер процесса в легком (утверждение 1),
потому что
медиастиноскопия позволяет дифференцировать центральный и периферический рак легких (утверждение 2).

79. При расположении центрального рака легких в устье главного бронха (T_4) с одиночными метастазами в перибронхиальные лимфатические узлы (N_1) возможно произвести лобэктомию (утверждение 1),
потому что
лобэктомия является более щадящей операцией, при которой в большей степени сохраняется функция внешнего дыхания (утверждение 2).

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Что такое сегментарное строение легких?
2. Какие Вы знаете методы обследования больных с заболеваниями системы органов дыхания?
3. Значение курения и неблагоприятных факторов внешней среды для развития рака легких?
4. Каковы пути метастазирования рака легких?
5. Какие Вы знаете клинические формы рака легких?
6. Что такое опухоль Панкоста? Какова ее клиника?
7. Какие основные симптомы центрального рака легких?
8. Что такое раковый пневмонит? Его клиника, причины.
9. От чего зависит симптоматика рака легких? Особенности клиники в зависимости от характера роста.
10. Что можно увидеть на рентгенограмме при центральном раке легких?
11. Какой метод исследования наиболее информативен при центральном раке легких?
12. Какие Вы знаете формы периферического рака легких?
13. Особенности клиники субплевральных форм рака.
14. Что такое рак Летюлля? Особенности его клинического течения?
15. Признаки полостной формы рака легких, его отличие от банального абсцесса.
16. Назовите атипичные формы рака легких, особенности их клинического течения и метастазирования.
17. Чем отличается центральный рак легких от хронической пневмонии? Какое исследование поможет поставить окончательный диагноз?
18. Отличительные особенности периферического рака легких от туберкуломы и доброкачественных опухолей.
19. Назовите показания и противопоказания к операции при раке легких.
20. Какова профилактика метастазирования опухоли легких во время операции?
21. В чем заключается хирургическое лечение рака легких, от чего зависит выбор метода операции?

РАК ПИЩЕВОДА

Анатомо-физиологические сведения

1. Пищевод (oesophagus) соединяет глотку с кардиальной частью желудка, расположен на уровне С6 - Th11. Он представляет трубку, состоящую из мышечной ткани, выстланную внутри слизистой оболочкой и окруженную соединительной тканью.

Длина пищевода взрослого человека: 25-30 см у мужчин и 23-24 см у женщин. Толщина стенки пищевода равна в среднем 3-4 мм.

В пищеводе различают три отдела (Рис. 10):

- I) шейный - от уровня перстневидного хряща (С6) до яремной вырезки рукоятки грудины - Th2 (длина 5-6 см);
- II) грудной - от яремной вырезки до пищеводного отверстия диафрагмы - Th10 (в среднем 17 см);
- III) брюшной отдел - от выхода из диафрагмы до соединения с кардиальной частью желудка (длина 2-4 см).

Кроме того в грудном отделе выделяют верхнюю треть (от Th2 до верхнего края дуги аорты), среднюю треть (от дуги аорты до бифуркации трахеи), нижнюю треть (от бифуркации трахеи до диафрагмы Th10). (Рис. 10)

Brombart (1956), исходя из анатомических взаимоотношений пищевода с соседними органами, предложил клинорентгенологическое деление пищевода на 9 сегментов:

- 1) трахеальный; 2) аортальный; 3) бронхиальный;
- 4) аорто-бронхиальный треугольник; 5) подбронхиальный;
- 6) ретроперикардиальный; 7) наддиафрагмальный;
- 8) внутридиафрагмальный; 9) абдоминальный.

2. Топография

- 1) на шее пищевод отклоняется от средней линии влево;
- 2) после перекрещивания с левым бронхом (Th5) пищевод отклоняется вправо и лежит справа от аорты;
- 3) непосредственно перед прободением диафрагмы (Th10) пищевод вновь смещается налево от средней линии.

Такая топография пищевода во фронтальной плоскости определяет характер операционных доступов: 1) к шейному и верхегрудному отделу - левосторонний шейный; 2) к средней части грудного отдела - правосторонний трансплевральный; 3) к нижней части грудного отдела - левосторонний трансплевральный; 4) к брюшному отделу - абдоминальный.

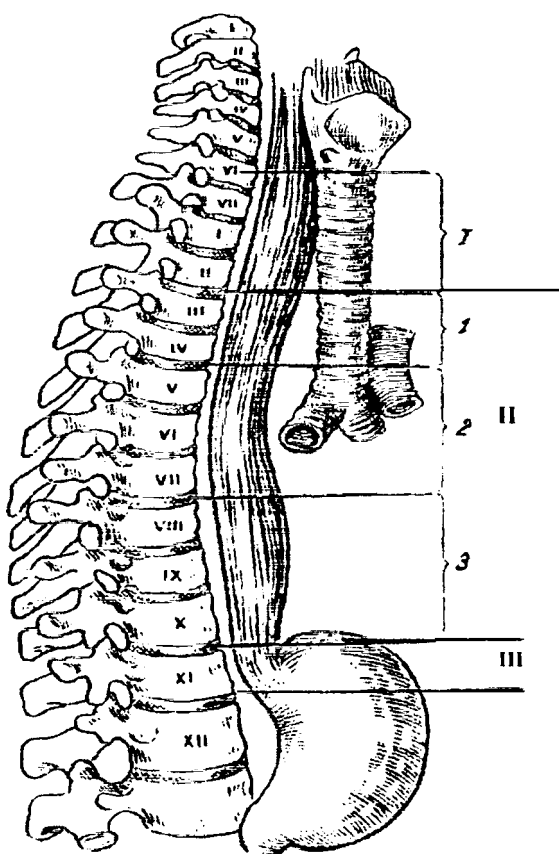


Рис. 10. Схема деления грудного отдела пищевода на трети по отношению к телам позвонков

I – шейный отдел;

II – грудной отдел: 1 – верхнегрудная часть;

2 – среднегрудная часть;

3 – нижнегрудная часть;

III – брюшной отдел.

В трех местах пищевода имеются физиологические сужения:

1) в самом начале, у нижнего края перстневидного хряща, где *m. stri-sopharyngeus* и собственные мышечные пучки пищевода образуют сфинктер на уровне С4 ("рот пищевода"); 2) бронхиальное - на уровне Th5 в месте пересечения пищевода с левым главным бронхом; 3) диафрагмальное - в месте перехода пищевода через диафрагму в брюшную полость (Th10).

3. Строение пищевода

Слизистая оболочка образована складками многослойного эпителия, состоящего из 20-25 клеточных слоев. Переход многослойного плоского эпителия пищевода в цилиндрический желудочный совершается резко, в виде зубчатой линии (*linea zerrata*), которая расположена несколько выше анатомической кардии.

Подслизистая оболочка образована соединительно-тканными и эластическими волокнами, содержит сосудистые сплетения и слизистые железы, особенно в проксимальном отделе. Секреция желез пищеводной стенки контролируется вагусом, переваривающей силой этот секрет не обладает.

Мышечная оболочка состоит из внутренних круговых и наружных продольных волокон. В верхней трети пищевода мышечная оболочка построена из поперечно-полостной мускулатуры, в средней трети - смешанная, в нижних отделах - из гладкомышечных клеток. Продольный мышечный слой обычно вдвое тоньше циркулярного.

4. Кровоснабжение пищевода осуществляется сегментарно (А.Ф.Рылюк).

Шейный отдел кровоснабжается из нижних щитовидных артерий и непостоянных ветвей от подключичных артерий (артерий Лушки). Грудной отдел кровоснабжается за счет бронхиальных и межреберных артерий, собственных пищеводных артерий, отходящих от аорты (артерия Овеляка). Брюшной отдел васкуляризируется восходящей ветвью левой желудочной артерии и левой нижней диафрагмальной артерии.

Венозный отток осуществляется:

- 1) на шее - в нижние щитовидные вены (система верхней полый вены);
- 2) в грудной полости - в непарную и полунепарную вены (система верхней полый вены);
- 3) в брюшной полости - в левую желудочную вену (система воротной вены).

Таким образом, в нижней части пищевода имеются порто-кавальные анастомозы.

Лимфоотток осуществляется:

- а) из шейного отдела - в глубокие лимфатические узлы шеи;
- б) из грудного отдела - в трахеальные, бронхиальные и задние медиастинальные лимфатические узлы;
- в) из брюшного отдела - в паракардиальные лимфатические узлы, по малой кривизне желудка на уровне кардии.

Особенность лимфатической системы пищевода состоит в том, что в подслизистом и адвентициальном слоях органа располагаются крупные лимфатические коллекторы, обеспечивающие преобладание продольного лимфоотока над сегментарным. Отсюда раннее активное и часто интрамуральное метастазирование (А.Ф.Черноусов, Д.В.Ручкин, 2003).

Физиологическое значение пищевода состоит в проведении пищи из полости глотки в желудок (процесс глотания). Верхний сфинктер пищевода расслабляется в момент глотания. Нижний сфинктер пищевода и кардия расслабляются через 1-2,5 сек. после глотка.

Пищевод обладает барьерной, защитной функцией. Различают предэпителиальный, эпителиальный и постэпителиальный уровни защиты слизистой пищевода. Предэпителиальный уровень состоит из водного слоя слизи и слоя бикарбонатных ионов. Эпителиальный уровень обусловлен особенностями строения и функции клеточных структур. Постэпителиальный уровень защиты обусловлен адекватным кровоснабжением пищевода.

М К Б 10

| | Болезни пищевода |
|--------------|--|
| K20 | Эзофагит |
| K21 | Гастроэзофагеальный рефлюкс |
| K21.0 | Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом |
| K21.9 | Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита |
| K22 | Другие болезни пищевода |
| K22.0 | Ахалазия кардиальной части |
| K22.1 | Язва пищевода |
| K22.2 | Непроходимость пищевода |
| K22.3 | Прободение пищевода |
| K22.4 | Дискинезия пищевода |
| K22.5 | Дивертикул пищевода приобретенный |
| K22.6 | Желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром |
| K22.8 | Другие уточненные болезни пищевода |
| K22.9 | Болезнь пищевода неуточненная |
| K23 * | Поражения пищевода при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| K23.0* | Туберкулезный эзофагит (A18.8+) |

| | |
|--------|--|
| K23.1* | Расширение пищевода при болезни Шагаса (B57.3+) |
| K23.8* | Поражения пищевода при других болезнях, классифицированных в других рубриках |
| | Злокачественные новообразования органов пищеварения (C15-C26) |
| C15 | Злокачественное новообразование пищевода |
| C15.0 | Шейного отдела пищевода |
| C15.1 | Грудного отдела пищевода |
| C15.2 | Абдоминального отдела пищевода |
| C15.3 | Верхней трети пищевода |
| C15.4 | Средней трети пищевода |
| C15.5 | Нижней трети пищевода |
| C15.8 | Поражение пищевода, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций |
| C15.9 | Пищевода неуточненное |

Рак пищевода

Рак пищевода составляет 70-80% всех заболеваний пищевода. В структуре онкологических заболеваний частота рака пищевода колеблется от 5 до 7%. Чаще (75%) болеют мужчины.

1. Этиология (предраковые заболевания пищевода и предрасполагающие факторы):

- папилломы пищевода (облигатный предрак);
- полипы пищевода;
- стриктуры пищевода после химических ожогов;
- грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и врожденный короткий пищевод;
- хронический пептический эзофагит;
- ахалазия пищевода (риск развития рака до 10%);
- пищевод Берретта - замещение многослойного плоского эпителия нижней части пищевода однослойным цилиндрическим эпителием желудочного типа вследствие рефлюкс-эзофагита (риск развития рака увеличивается в 40 раз);
- синдром Пламмера-Винсона (сидеропенический синдром), проявляется гипохромной анемией, ахлоргидрией, атрофией слизистых оболочек, гиперкератозом слизистой оболочки рта, глотки, пищевода (недостаток содержания в пище железа и витаминов - С и гр. В);
- курение (риск развития рака увеличивается в 2-4 раза);
- злоупотребление крепкими алкогольными напитками (в 12 раз);
- хроническое воспаление слизистой оболочки пищевода вследствие механического, термического или химического раздражения;

- почвенно-климатические факторы (высокая засоленность почв - типа солонцов и солончаков);
- вредные национальные и местные обычаи (острые приправы, очень горячая пища, употребление мелко-костистой рыбы и т.д.).

2. Патологическая анатомия.

А. По гистологической структуре:

- плоскоклеточный (90%);
- аденокарцинома (8-10%);
- мукоэпидермальная карцинома и аденокистозная карцинома (редкие формы).

Б. По локализации:

- рак шейного отдела (10-15%);
- рак грудного отдела (верхней, средней, нижней трети) (80%);
- рак абдоминального отдела пищевода (5-8%).

В. По характеру роста опухоли:

- экзофитный или узловой (60%);
- эндофитный или язвенный (30%);
- склерозирующая (циркулярная) форма (10%);

3. Международная классификация по системе TNM:

Т первичная опухоль

T_x недостаточно данных для оценки.

T₀ первичная опухоль не определяется.

T_{is} преинвазивная карцинома (*carcinoma in situ*).

T₁ опухоль инфильтрирует стенку пищевода до подслизистого слоя.

T₂ опухоль инфильтрирует мышечную оболочку стенки пищевода.

T₃ опухоль инфильтрирует слои стенки пищевода, включая адвентицию.

T₄ опухоль распространяется на соседние структуры.

N регионарные лимфатические узлы

Регионарные лимфатические узлы

для верхней трети пищевода - надключичные, паратрахеальные; верхние паразофагеальные;

для средней трети - паратрахеальные, бифуркационные, паразофагеальные, паракардиальные;

для нижней трети - паразофагеальные, паракардиальные, бифуркационные, узлы малого сальника.

N_x недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

N₀ нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов

N₁ имеется поражение регионарных лимфоузлов метастазами

Особенность лимфогенной диссеминации рака пищевода состоит в преимущественном поражении не ближайших к первичному очагу лимфоузлов, а удаленных от него, т.н. «прыгающее» метастазирование. (А.Ф.Черноусов, 2003).

M отдаленные метастазы

M_x недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

M₀ нет признаков отдаленных метастазов

M₁ имеются отдаленные метастазы.

Для опухолей верхнегрудного отдела пищевода

M_{1a} метастазы в шейных лимфатических узлах

M_{1b} другие отдаленные метастазы

Для опухолей среднего отдела пищевода

M_{1a} не применяется

M_{1b} метастазы в нерегионарных лимфатических узлах или другие отдаленные метастазы

Для опухолей нижнегрудного отдела пищевода

M_{1a} метастазы в брюшных лимфатических узлах

M_{1b} другие отдаленные метастазы

Группирование по стадиям

| | | | |
|------------|---------------------------------|----------------|-----------------|
| Стадия 0 | Tis | N ₀ | M ₀ |
| Стадия I | T ₁ | N ₀ | M ₀ |
| Стадия IIA | T ₂ , T ₃ | N ₀ | M ₀ |
| Стадия IIB | T ₁ , T ₂ | N ₁ | M ₀ |
| Стадия III | T ₃ | N ₁ | M ₀ |
| | T ₄ | Любое N | M ₀ |
| Стадия IV | Любое T | Любое N | M ₁ |
| Стадия IVA | Любое T | Любое N | M _{1a} |
| Стадия IVB | Любое T | Любое N | M _{1b} |

4. Клиника. Начало развития рака пищевода проходит бессимптомно. Латентный период может длиться 1-2 года (Resano).

Для рака пищевода характерно развитие симптомов, которые удобно классифицировать по следующим признакам (В.И.Казанский, 1973):

- 1) общие неспецифические симптомы;
- 2) симптомы, характерные для заболеваний органов грудной полости;
- 3) специфические симптомы заболеваний пищевода.

Общие симптомы встречаются при различных хронических заболеваниях, поражениях раком других органов и заключаются в развитии адинамии, повышенной утомляемости, потере в весе, появлении "беспричинного" субфебрилитета, анемии. Несколько раньше могут быть признаки, так называемого, паранеопластического синдрома, когда выявляются нарушения эндокринной, иммунной систем, изменения со стороны кожи, костной ткани, не связанные с метастазированием опухоли.

Симптомы, характерные для заболеваний органов грудной полости включают:

- 1) тупые боли в груди или в спине;
- 2) одышка и тахикардия во время и после еды;
- 3) тупые боли в области сердца;
- 4) приступы стенокардии, не сопровождающиеся изменениями электрокардиограммы;
- 5) изменение тембра голоса;
- 6) "беспричинные" приступы кашля;
- 7) набухание одной из надключичных ямок.

Наличие хотя бы одного из этих симптомов, а тем более комплекса их должно побудить врача к детальному изучению состояния органов грудной полости больного.

Специфические симптомы заболеваний пищевода.

Самым частым и обычно первым (но нередко уже поздним) симптомом является дисфагия (затруднение глотания). В большинстве случаев затруднение глотания развивается более или менее постепенно и вначале бывает при проглатывании плотной пищи, что заставляет больного придерживаться более щадящей диеты. Через несколько недель или месяцев дисфагия делается постоянной и возникает при употреблении даже жидкости (прогрессирующая дисфагия). Иногда в течение заболевания отмечается "облегчение", уменьшение дисфагии. Это связано с распадом опухоли и частичным восстановлением проходимости (перемежающаяся дисфагия). Следует отметить, что дисфагия появляется при сужении просвета пищевода не менее чем на 2/3.

Для облегчения проходимости пищи больные заглатывают воздух или воду (аэрофагия, гидрофагия). Изредка при раке пищевода развивается парадоксальная дисфагия, когда труднее проходит жидкая пища. Это явление обусловлено дискинезией, которая нередко наблюдается при раке и обусловлена дистрофией нервных сплетений пищевода в окружности опухоли.

В начальных стадиях заболевания боли отсутствуют. Они появляются спустя какой-то срок после возникновения дисфагии. Боли

могут быть спонтанными или возникать во время глотания и сопровождать дисфагию (*disphagia dolorosa*). Особенно сильные боли бывают при прорастании опухоли в окружающие ткани, они не связаны с дисфагией. Такие боли обычно локализуются за грудиной или в эпигастрии, иррадируют в спину, шею, левую половину грудной клетки.

Пищеводная рвота (*regurgitatio*) наблюдается при различных заболеваниях пищевода, сопровождающихся его сужением и нарушением нормальной перистальтики. Несмотря на усиленные глотательные движения, пища не проходит через препятствие, происходит регургитация. Рвотные массы состоят из пережеванной, но непереваренной пищи, слюны и слизи, иногда с примесью крови. Для пищеводной рвоты характерно отсутствие тошноты.

Нередко у больных наблюдается отрыжка, неприятный запах изо рта, слюнотечение.

При прорастании опухоли в соседние органы и структуры появляются такие симптомы как осиплость голоса, кашель, синдром Горнера, боль в руке.

Осиплость голоса возникает при прорастании опухолью возвратных нервов. Кашель возникает при попадании пищевого содержимого в дыхательные пути, прорастании опухоли в трахею или бронхи и образовании пищеводно-трахеального или пищеводно-бронхиального свища.

Симптом Горнера и боли в плечевом поясе возникают соответственно при прорастании пограничного симпатического ствола и плечевых сплетений.

Клинические формы рака пищевода зависят от места развития опухоли, от особенностей роста.

Рак верхней трети пищевода быстро прорастает соседние органы, рано метастазирует, поэтому протекает особенно тяжело и быстро. Характерны резкая дисфагия, глоточная недостаточность, частые срыгивания, поперхивание, мучительный кашель, иногда приступы удушья. Быстро развивается поражение трахеи и гортани, паралич возвратного нерва, затрудненное дыхание, синдром Горнера.

Для рака средней и нижней трети пищевода характерны дисфагия, саливация, исхудание, боль при проглатывании пищи. Иногда возникает пищеводная рвота, нередко кашель. Опухоли нижней трети пищевода могут сопровождаться иррадиацией в левую половину грудной клетки, имитируя стенокардию, быстро появляются симптомы прорастания опухоли в соседние органы и ткани.

Рентгенограмма пищевода:



Рис. 11. Рентгенограмма пищевода:

а - рак нижнегрудного отдела

б - рак среднегрудного отдела

5. Дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями, сопровождающимися дисфагией:

а) пищевода -

1. Ахалазия.
2. Рубцовые сужения после химических ожогов.
3. Пептический эзофагит.
4. Доброкачественные опухоли.
5. Туберкулез пищевода.

б) внепищеводными заболеваниями -

6. Склерозирующий медиастинит.
7. Опухоли средостения.
8. Внутригрудной зоб.
9. Аневризма аорты.

6. Методы исследования при раке пищевода:

1. Рентгеноконтрастное исследование (позволяет установить диагноз, определить локализацию и протяженность опухоли). Определяется дефект заполнения, обрыв складок слизистой, ригидность стенок

пищевода. Престенотическое расширение пищевода обычно выражено не резко (Рис. 11).

2. Эзофагоскопия - ведущее исследование в диагностике рака пищевода (определяют характер роста опухоли, локализация, протяженность, морфологическая оценка).

3. Эндоскопическая ультрасонография (внутрипросветное УЗИ стенки пищевода во время эндоскопии)

4. Бронхоскопия (для уточнения операбельности опухоли).

5. Пневмомедиастинография (выявление метастазов в средостении).

6. Компьютерная томография (для оценки местного распространения опухоли, а также для обнаружения возможных отдаленных метастазов).

7. УЗИ печени (определения наличия метастазов в печень).

7. Лечение рака пищевода.

А. Оперативное.

1. Радикальные операции.

Для лечения рака шейного отдела пищевода разработаны этапные операции расширенной резекции пищевода с последующей пластикой его тонкой или толстой кишкой (операция Гаврилиу и Кона). Однако хирурги избегают производить расширенные резекции этого отдела пищевода. Дело в том, что часто после операции возникает нагноение раны, формируется ларингостома, реконструкция шейного отдела очень сложна, и обычно больные погибают от прогрессирования процесса и метастазов раньше, чем удастся её закончить. Считается, что относительно небольшая глубина расположения рака этой локализации делает её достаточно доступной для лучевой терапии.

Целью оперативного вмешательства при раке пищевода является радикальное удаление первичного очага роста с широкой диссекцией регионов метастазирования.

Пищевод удаляют полностью при раке верхнегрудного отдела (тотальная резекция, эзофагэктомия), при раке средне- и нижнегрудного отделов выполняют субтотальную резекцию.

При локализации опухоли в среднегрудном отделе выполняют субтотальную резекцию пищевода с одномоментной пластикой желудка через правосторонний чрезплевральный доступ с наложением пищеводножелудочного соустья между оставшейся частью пищевода и перемещенным в правую плевральную полость желудком (лапаротомия с последующей правосторонней торакотомией) – операция Льюиса (Lewis). Однако при этом уменьшается объем плевральной

полости, снижается объем дыхательной экскурсии легкого. Кроме того, существует опасность недостаточности швов анастомоза в плевральной полости, что представляет собой крайне серьезное осложнение (от развивающейся эмпиемы плевры погибает 80-90% больных).

По методике Кишнера (1920) производится резекция пищевода трансплевральным доступом справа с одновременной пластикой желудка, проведенным антеторакально, и соустьем его дна с шейной частью пищевода.

Накаяма (1974) предлагал проводить мобилизованный желудок через расширенное пищеводное отверстие диафрагмы грудной полости, где и накладывал пищеводно-желудочный анастомоз.

В последнее десятилетие при раке грудного отдела пищевода производят трансиатальную резекцию пищевода из абдоиноцервикального доступа без торакотомии. Разрезы производят на шее спереди от левой кивательной мышцы, а на животе выполняют верхнюю срединную лапаротомию. Пищевод мобилизуют снизу через диафрагмальное отверстие, сверху через цервикальный доступ, затем пересекают в шейном отделе и выводят в брюшную полость. Вместе с пищеводом удаляют кардиальный отдел и дно желудка. Выкроенный трансплантат из большой кривизны желудка перемещают в заднее средостение и выводят на шею, где накладывается анастомоз между шейным отделом пищевода и желудком. В последнее время применяется видеоэндохирургическая техника для мобилизации грудного отдела пищевода.

При раке нижнегрудного и абдоминального отделов пищевода выполняется чресплевральная резекция пищевода и кардии с наложением внутригрудного пищеводно-желудочного анастомоза с использованием торакоабдоминального доступа слева (операция Осава-Гэрлока).

При всех видах операции в обязательном порядке проводится расширенная лимфодиссекция.

В начале 20 века была разработана двухэтапная операция Добромыслова-Торека.

На первом из чресплеврального доступа справа удаляют пищевод, на проксимальный конец пищевода накладывают шейную эзофагостому. Через лапаротомный разрез производят гастростомию. На втором этапе через 3-6 месяцев выполняют эзофагопластику тонкой или чаще толстой кишкой.

В настоящее время эта операция не применяется, т.к. одним из принципов современной хирургии рака пищевода является одномоментность, т.е. одновременное выполнение как радикального, так и реконструктивного этапа операции.

2. Паллиативные операции:

- обходные анастомозы (эзофагогастро- или эзофагоеюноанастомозы),
- гастростомия,
- реканализация пищевода силиконовыми трубками.
- дилатация пищевода бужами;
- лазерная реканализация;
- фотодинамическая терапия – частичное разрушение опухоли лазерным лучом. Предварительно производится фотосенсибилизация опухоли дериватами гематопорфирина и др.

Фотосенсибилизаторы накапливаются в опухоли, под влиянием облучения образуются активные радикалы, разрушающие ткани опухоли, при этом временно улучшается проходимость пищевода.

Б. Лучевая терапия применяется как самостоятельный метод (рак шейного и верхнегрудного отделов, отказ больного от операции, наличие противопоказаний к операции), так и в комбинации с хирургическими методами и химиотерапией. Средняя доза 40-60 Гр.

В. Химиотерапия (5 – фторурацил, цисплатин, блеомицин и др.).

Прогноз - при оперативном лечении 5 - летняя выживаемость для всех групп больных (5-15%), в ряде специализированных клиник (РНЦХ) до 35%.

Ситуационные задачи

1. У больного 45 лет, физически крепкого человека, не истощенного, обнаружена опухоль среднегрудного отдела пищевода. Метастазов с помощью доступных методов исследования выявить не удалось.

Какие варианты лечения больного могут быть предложены?

2. У больного 60 лет, истощенного и ослабленного человека, обнаружен рак шейного отдела пищевода.

Какова тактика лечения данного больного?

3. У больного 40 лет, 2 мес. назад появилась прогрессирующая дисфагия. Он похудел, но аппетит сохраняется хорошим, никаких изменений в анализе крови не обнаружено. При рентгенологическом исследовании в нижней трети пищевода обнаружен довольно большой "дефект наполнения" со стороны левой стенки пищевода, но контуры "дефекта" ровные, хотя перистальтика на этом уровне отсутствует.

Какое заболевание можно предположить у больного? Какими методами исследования можно это подтвердить? Как лечить больного?

4. Больному 64 лет поставлен диагноз рака нижней трети пищевода IV стадии, ввиду наличия метастатического узла на шее слева. Больной резко истощен и обезвожен. В момент поступления по пищеводу проходит только вода, даже самая жидкая бариевая масса останавливается в пищеводе на уровне опухоли.

Какая помощь может быть оказана больному?

5. У больного 60 лет, бывшего шахтера, в течение 2 месяцев затрудненное глотание вначале плотной пищи, а в последние дни и жидкой.

1. Наиболее вероятное заболевание следующих органов:

- а) Гортани
- б) Пищевода
- в) Кардии желудка
- г) Легких
- д) Аневризма аорты

2. В этом органе различают следующие отделы:

- а) Шейный
- б) Медиастинальный
- в) Грудной
- г) Поддиафрагмальный
- д) Абдоминальный

3. По классификации Brombart (1956) в нем выделяют количество сегментов

- а) 5
- б) 7
- в) 8
- г) 9
- д) 11

4. Второе физиологическое сужение пищевода находится:

- а) У места перехода нижней части глотки в пищевод
- б) В зоне верхней апертуры грудной клетки
- в) При перекресте с левым бронхом
- г) При перекресте с дугой аорты
- д) В пищеводном отверстии диафрагмы

5. Для уточнения диагноза и локализации патологического процесса у курируемого больного Вы примените следующие методы исследования (выбрать наиболее целесообразные):

- а) Эзофагоскопия с прицельной биопсией
 - б) Контрастная рентгенография пищевода
 - в) Селективная ангиография отходящих от аорты собственных пищеводных артерий
 - г) Азигография
 - д) Пневмомедиастиноскопия
6. Какой вид дисфагии наиболее характерен для рака пищевода в нижнегрудном и абдоминальных отделах
- а) Перемежающаяся
 - б) Прогрессирующая
 - в) Парадоксальная
 - г) Абортивная
7. Дисфагия возникает:
- а) При сужении пищевода на 1/3
 - б) При сужении пищевода на 1/2
 - в) При сужении пищевода на 2/3
 - г) При полной непроходимости пищевода
8. Назовите предраковые заболевания пищевода и предрасполагающие факторы:
- а) Папиллома пищевода
 - б) Полипы пищевода
 - в) Лейомиома пищевода
 - г) Ахалазия пищевода
 - д) Склерозирующий медиастинит
 - е) Пищевод Беррета
 - ж) Синдром Пламмера-Винсона
 - з) Болезнь Де Квервена
 - и) Курение
9. По гистологической структуре рак пищевода чаще всего:
- а) Аденокарцинома
 - б) Плоскоклеточный рак
 - в) Мукоэпидермальная карцинома
 - г) Недифференцированный рак
10. Вы выявили, что опухоль инфильтрирует стенку пищевода до мышечного слоя:
- а) Tis

- б) Т₁
- в) Т₂
- г) Т₃
- д) Т₄

11. Какие симптомы свидетельствуют о прорастании рака пищевода в соседние органы (выберите нужные):

- а) Осиплость голоса
- б) Кашель с мокротой, содержащей примесь пищи
- в) Одышка
- г) Паралич диафрагмы
- д) Возникновение сдавления грудного отдела аорты
- е) Синдром Горнера

12. Для выявления метастазов в регионарные лимфатические узлы средостения Вы используете (выберите нужные):

- а) Компьютерная томография
- б) УЗИ органов средостения
- в) Пневмомедиастинографию
- г) Контрастную азиографию
- д) Эзофагоскопию

13. Для рака пищевода характерны рентгенологические признаки:

- а) Четкие ровные контуры дефекта наполнения, располагающиеся на одной из стенок пищевода
- б) В положении лежа выявляется желудочно-пищеводный рефлюкс
- в) Дефект наполнения с ригидностью стенок пищевода, неравномерные контуры его
- г) Сужение терминального отдела пищевода с четкими, ровными эластическими контурами в виде пламени перевернутой свечи, выраженное престенотическое расширение пищевода.

14. Дифференциальную диагностику рака пищевода при значительном нарушении проходимости надо провести со следующими заболеваниями (выберите нужные):

- а) Ахалазия
- б) Рубцовые сужения после химических ожогов
- в) Пептический эзофагит
- г) Болезнь Мондора (мигрирующий флебит)
- д) Аневризма аорты

15. В плане подготовки больных раком пищевода при значительном нарушении проходимости к операции необходимо (выберите нужные мероприятия):

- а) Коррекция водно-электролитных нарушений
- б) Возмещение белковых потерь
- в) Противовоспалительная терапия стероидными гормонами
- г) Для ликвидации вторичных воспалительных изменений в зоне опухоли глубокая диатермия
- д) Лучевая терапия источниками высоких энергий

16. При раке шейного отдела пищевода наиболее целесообразно:

- а) Лучевая терапия
- б) Химиотерапия
- в) Оперативное вмешательство

17. Назовите оптимальный доступ к средне-грудному отделу пищевода

- а) Срединная стернотомия
- б) Правосторонняя торакотомия
- в) Левосторонняя торакотомия

18. Операция транснальная резекция пищевода из абдоиноцервикального доступа выполняется:

- а) Верхнегрудного отдела пищевода
- б) Средне-грудного отдела пищевода
- в) Нижнегрудного отдела пищевода
- г) Адоминального отдела пищевода

19. При наличии отдаленных метастазов и запущенном заболевании возможны паллиативные операции:

- а) Эзофагостомия на шее
- б) Гастростомия
- в) Обходной эзофагогастроанастомоз
- г) Гастроеюноанастомоз
- д) Реканализация пищевода силиконовыми трубками
- е) Фотодинамическая терапия

20. При радикальном оперативном лечении рака пищевода 5-летняя выживаемость для всех групп больных составляет:

- а) 1-5 %
- б) 5-15 %
- в) 15-25 %
- г) до 35 %

Тестовый контроль знаний

В вопросах 1 - 12 выберите наиболее правильный ответ (ответы):

1. Анатомически в пищеводе различают:
 - А. 3 сегмента
 - В. 5 сегментов
 - С. 6 сегментов
 - Д. 9 сегментов
 - Е. 12 сегментов
2. При заболеваниях пищевода, сопровождающихся нарушением его проходимости, основной жалобой наиболее часто является:
 - А. Повышенная саливация
 - В. Срыгивание
 - С. Боли за грудиной
 - Д. Дисфагия
 - Е. Ночная регургитация
3. Какой из факторов не является предрасполагающим к возникновению рака пищевода:
 - А. Употребление чрезмерно горячей пищи
 - В. Систематический прием грубой пищи
 - С. Рефлюкс-эзофагит
 - Д. Злоупотребление крепкими алкогольными напитками
 - Е. Варикозное расширение вен н/3 пищевода
4. Какой из симптомов является наиболее ранним при раке пищевода:
 - А. Чувство жжения, "прилипания" пищи за грудиной
 - В. Парадоксальная дисфагия
 - С. Появление кашля при приеме жидкой пищи
 - Д. Осиплость голоса
 - Е. Синдром Горнера
5. Какой метод исследования наиболее информативен в ранней стадии рака пищевода:
 - А. Рентгенологическое исследование пищевода
 - В. Фиброэзофагогастроскопия
 - С. Торакоскопия
 - Д. Лапароскопия
 - Е. Пневмомедиастинография

6. Какая из анатомических характеристик пищевода является правильной:

- А. Длина пищевода составляет около 25 см
- В. Начинается на уровне С6 и оканчивается на уровне D11 позвонков
- С. Длина его абдоминальной части 6-8 см
- Д. Абдоминальная часть расположена экстраперитонеально
- Е. В шейной части пищевод расположен справа от средней линии

7. Оптимальный операционный доступ к среднегрудному отделу пищевода:

- А. Левосторонний трансплевральный
- В. Правосторонний трансплевральный
- С. Чрезгрудинный
- Д. Торакоабдоминальный
- Е. Срединная лапаротомия + диафрагмотомия

8. Какой из методов исследования наименее информативен при дифференциальной диагностике рака пищевода и ахалазии кардии:

- А. Контрастное рентгенологическое исследование пищевода
- В. Эзофагоскопия
- С. Эзофаготономокимография
- Д. Ультразвуковая доплерография
- Е. Фармакологические пробы с нитроглицерином

9. Какое из утверждений следует считать правильным в отношении кардии?

- А. При глотании у здоровых людей расслабляется через 10-12 сек
- В. У здоровых людей в покое находится в закрытом состоянии
- С. Давление в области кардии всегда ниже, чем в области дна желудка
- Д. У здоровых людей в покое находится в расслабленном состоянии
- Е. Нарушение замыкательной функции не оказывает влияние на развитие рефлюкс-эзофагита

10. Мужчина 60 лет жалуется на прогрессирующую дисфагию в течение последних 3-х месяцев, утверждает, что пища "прилипает" к стенке пищевода, отмечает похудание. Наиболее вероятный диагноз?

- А. Лейомиома пищевода
- В. Ахалазия кардии

- С. Рак пищевода
- Д. Рефлюкс-эзофагит
- Е. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

11. При плоскоклеточном раке пищевода в среднегрудном отделе с его непроходимостью ($T_3N_1M_1$) показано:

- А. Резекция пищевода из абдоиноцервикального доступа
- В. Операция Льюиса
- С. Операция Кишнера
- Д. Гастростомия
- Е. Эзофагофундостомия

12. Каким из перечисленных органов нельзя проводить эзофагопластику при удалении или резекции пищевода?

- А. Желудком
- В. Трубкой, сформированной из большой кривизны желудка
- С. Тонкой кишкой
- Д.левой половиной толстой кишки
- Е. Правой половиной толстой кишки

В вопросах 13 - 18 перечислены методы лечения. Подберите заболевания, при которых они наиболее целесообразны. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|--|---|
| 13. Резекция пищевода из абдоиноцервикального доступа с эзофагогастроанастомозом | А. Рак нижнегрудного отдела пищевода $T_2N_0M_0$ |
| 14. Резекция пищевода с наложением внутригрудного пищеводно-желудочного соустья | В. Рак среднегрудного отдела пищевода $T_2N_0M_0$ |
| 15. Иссечение опухоли с участком стенки пищевода | С. Рак пищевода $T_4N_1M_1$ |
| 16. Гастростомия | Д. Лейомиома пищевода |
| 17. Лучевая терапия | Е. Рак шейного отдела пищевода $T_1N_1M_0$ |
| 18. Операция Добромыслова-Торека | |

В вопросах 19 - 23 перечислены рентгенологические признаки. Выберите заболевания, для которых они характерны:

вопрос**ответ**

- | | |
|--|-----------------------|
| 19. Сужение дистального отдела пищевода с ровными контурами в виде "пламени свечи" | А. Рак пищевода |
| 20. Дефект наполнения с четкими, ровными контурами | В. Ахалазия кардии |
| 21. Четкий угол между стенкой пищевода и краем дефекта наполнения | С. Лейомиома пищевода |
| 22. Дефект наполнения, деформация и неровность контуров слизистой | |
| 23. Выраженное престенотическое расширение пищевода | |

В вопросах 24 - 33 представлены признаки заболевания. Выберите соответствующие им заболевания. "Вопрос-ответ".

вопрос**ответ**

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 24. Дисфагия | А. Рак пищевода |
| 25. Прогрессирующее похудание | В. Лейомиома пищевода |
| 26. Осиплость голоса | С. А+В |
| 27. Рентгенологически – четкие контуры образования | Д. Недостаточность кардиального жома |
| 28. Изжога | |
| 29. Рентгенологически – сужение терминального отдела пищевода с неровными контурами | |
| 30. Возможно образование пищеводнобронхиального свища | |
| 31. Положительный "frenicus" симптом | |
| 32. Усиленное слюнотечение | |
| 33. Пищеводная рвота | |

В вопросах 34 - 42 представлены признаки болезни. Выберите соответствующие им заболевания. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|--|---------------------------------------|
| 34. Возникает при злоупотреблении крепкими спиртными напитками | А. Рак абдоминального отдела пищевода |
| 35. Длительный анамнез заболевания | В. Ахалазия кардии |
| 36. Парадоксальная дисфагия | С. А+В |
| 37. Чаще наблюдается у женщин до 40 лет | Д. Дивертикул пищевода |
| 38. Рентгенологически - дефект наполнения с неровными, изъеденными контурами | |
| 39. Синдром пищеводно-глоточной недостаточности | |
| 40. На контрастной рентгенограмме выраженное престенотическое расширение пищевода | |
| 41. При фиброэзофагоскопии в начале заболевания слизистая в месте сужения чаще всего не изменена | |
| 42. На рентгенограмме равномерное сужение с ровными четкими контурами | |

В вопросах 43 - 45 перечислены объем и метод оперативных вмешательств. Выберите соответствующие им операции. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|--|---|
| 43. Удаление среднегрудного отдела пищевода из трансплеврального доступа с выведением эзофаго- и гастростомы | А. Операция Добромылова - Торека В. Операция Льюиса С. Операция Кишнера |
| 44. Удаление среднегрудного отдела пищевода с одномоментной антеторакальной пластикой пищевода желудком | |

45. Резекция ниже- или средне
грудного отдела пищевода с на-
ложением внутриплеврального
гастро-эзофагоанастомоза

В вопросах 46 - 61 выберите наилучшую комбинацию ответов по
схеме:

| А | В | С | Д | Е |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| если верно только | если верно только | если верно только | если верно только | если все правильно |
| 1,2,3 | 1,3 | 2,4 | 4 | |

46. Мышечная оболочка пищевода состоит из:
1. Наружного продольного и внутреннего циркулярного слоя
 2. Мускулатура в 2/3 поперечнополосатая
 3. Мускулатура в 1/3 гладкомышечная
 4. Продольная мускулатура гладкомышечная на всем протяжении

47. Венозный отток осуществляется
1. На шее - в нижние щитовидные вены (v. cava)
 2. В грудной полости - azigos и hemiazigos (v. cava)
 3. В брюшной полости - v. gastrica sin (v. porta)
 4. В брюшной полости - диафрагмальная вена

48. Анатомически в пищеводе различают следующие отделы:
1. Шейный
 2. Грудной
 3. Абдоминальный
 4. Медиастинальный

49. Стенка пищевода в 1/3 состоит из следующих слоев:
1. Слизистая оболочка
 2. Подслизистый слой
 3. Гладкомышечный слой
 4. Мышечный поперечнополосатый

50. Кровоснабжение грудного отдела пищевода осуществляется за
счет:
1. Нижних щитовидных артерий
 2. Собственно пищеводных и бронхиальных артерий
 3. Восходящей ветви левой желудочной артерии
 4. Ветвей межреберных артерий

51. Появление кашля при раке пищевода свидетельствует о:
1. Реактивном перизофагите
 2. Наличии пищеводно-бронхиального свища
 3. Прорастании опухоли возвратного гортанного нерва
 4. Аспирационной пневмонии
52. Места физиологических сужений пищевода:
1. На уровне перехода глотки в пищевод
 2. На уровне пересечения пищевода с левым бронхом
 3. На уровне отверстия в диафрагме
 4. У места впадения в желудок
53. Предраковыми заболеваниями пищевода являются:
1. Пептические язвы пищевода
 2. Полипы пищевода
 3. Рубцовые стриктуры пищевода после химических ожогов
 4. Сидеропенический синдром Пламмера-Винсона
54. При раке пищевода применяются следующие паллиативные операции:
1. Гастростомия
 2. Гастроэнтероанастомоз
 3. Эндопротезирование пищевода
 4. Гастротомия
55. Регионарными лимфатическими узлами шейного отдела пищевода являются:
1. Шейные лимфоузлы
 2. Перигастральные лимфоузлы
 3. Надключичные лимфоузлы
 4. Чревные лимфоузлы
56. Дисфагия может быть симптомом заболеваний:
1. Кардиоспазм
 2. Рак пищевода
 3. Рубцовое сужение пищевода
 4. Дивертикул пищевода
57. В клиническом течении рака пищевода различают следующие группы симптомов:
1. Общие
 2. Местные
 3. Вторичные
 4. Продромальные

58. Методы лечения рака шейного отдела пищевода:

1. Гормонотерапия + химиотерапия
2. Операция Льюиса
3. Операция Добромыслова-Торека
4. Лучевая терапия

59. Признаками неоперабельности рака пищевода являются:

1. Синдром Горнера
2. Перизофагит
3. Паралич диафрагмы
4. Супрастенотическое расширение пищевода

60. Различают следующие виды дисфагии:

1. Прогрессирующая
2. Парадоксальная
3. Интермиттирующая (перемежающаяся)
4. Абортивная

61. Осложнениями рака пищевода являются:

1. Пищеводно-бронхиальный свищ
2. Аортальное кровотечение
3. Медиастинит
4. Варикозное расширение вен пищевода

В вопросах 62 - 69 определите верно или неверно каждое из двух утверждений, далее определите верна или нет причинная взаимосвязь между ними:

| Ответ | Утверждение 1 | Утверждение 2 | Взаимосвязь между 1 и 2 утверждениями |
|-------|---------------|---------------|--|
| А | верно | верно | верна |
| В | верно | верно | неверна |
| С | верно | неверно | неверна |
| Д | неверно | верно | неверна |
| Е | неверно | неверно | неверна |

62. При раке пищевода $T_3N_1M_1$ с полной его непроходимостью операция не показана (утверждение 1),
потому что
при раке пищевода $T_3N_1M_1$ радикальная операция невыполнима (утверждение 2).

63. У всех больных с подозрением на рак пищевода показана эзофагоскопия (утверждение 1),
потому что
рентгенологическое исследование не всегда выявляет ранние стадии рака пищевода (утверждение 2).

64. При раке шейного отдела пищевода чаще применяют хирургическое лечение (утверждение 1),
потому что
лучевая терапия не позволяет излечить больного радикально (утверждение 2).

65. При лейомиоме пищевода показано хирургическое лечение (утверждение 1),
потому что
лейомиома пищевода быстро растет и рано вызывает дисфагию (утверждение 2).

66. Рак пищевода обычно медленно растет и поздно метастазирует (утверждение 1),
потому что
гистологической формой рака пищевода у большинства больных является аденокарцинома (утверждение 2).

67. Дисфагия является первым, но не ранним симптомом рака пищевода (утверждение 1),
потому что
дисфагия возникает при закрытии просвета пищевода менее, чем на 1/3 (утверждение 2).

68. Синдром Горнера при раке пищевода является противопоказанием к радикальной операции (утверждение 1),
потому что
синдром Горнера свидетельствует о прорастании опухоли возвратного гортанного нерва (утверждение 2).

69. При раке нижней трети пищевода возможно появление болей, симулирующих стенокардию (утверждение 1),
потому что
при раке пищевода в опухолевый процесс может вовлекаться симпатический ствол (утверждение 2).

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Какие факторы predisполагают к возникновению рака пищевода?
2. Какой отдел пищевода наиболее часто поражается раком?
3. Назовите наиболее часто встречающуюся гистологическую структуру рака пищевода.
4. Какие три основных макроскопические формы рака пищевода Вы знаете?
5. Назовите стадии рака пищевода по системе TNM.
6. В какие лимфоузлы чаще метастазирует рак среднeгрудного отдела пищевода?
7. Какие группы симптомов рака пищевода Вы знаете?
8. Что такое дисфагия? Какие виды дисфагии Вы знаете?
9. Чем объяснить появление интермиттирующего характера дисфагии при раке пищевода?
10. Что такое регургитация? Механизм ее возникновения.
11. О чем свидетельствует появление осиплости голоса при раке пищевода?
12. Какие рентгенологические методы исследования применяются при раке пищевода? Какие рентгенологические признаки рака пищевода?
13. В чем заключается метод двойного контрастирования пищевода?
14. Показания к эзофагоскопии, ее задачи.
15. При каких заболеваниях пищевода наблюдается синдром дисфагии? Проведите дифференциальную диагностику рака пищевода и кардиоспазма (ахалазия пищевода).
16. Цервикoабдоминальные операции при раке пищевода. Показания.
17. Какая операция выполняется при раке нижнегрудного отдела пищевода?
18. Какое лечение наиболее целесообразно проводить при раке шейного отдела пищевода?
19. С какой целью применяется лучевая терапия в предоперационном периоде?
20. Какие паллиативные операции применяют при раке пищевода?
21. В чем смысл реканализации опухоли (эндопротезирование)?

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В СССР ежегодно за медицинской помощью по поводу язвенной болезни обращалось более 1,5 миллиона человек и производилось 80000 операций по поводу язвенной болезни, из них 6 000 больных умирало, 1,5%-2% всех инвалидов в стране составляли больные, перенесшие резекцию желудка. Одна ваготомия в США стоит 10000 долларов, столько же, сколько двухлетняя консервативная терапия. Социальная цена этого заболевания в США в год более 1000 млн долларов. В Витебской области только в 2000 г. прооперировано 432 человека по поводу перфоративной язвы, умерло 8 (1,8%).

МКБ 10

| | |
|------------|--|
| K25 | Язва желудка |
| K26 | Язва двенадцатиперстной кишки |
| K27 | Пептическая язва неуточненной локализации |
| K28 | Гастроэюнальная язва |
| K29 | Гастрит и дуоденит |
| K29.0 | Острый геморрагический гастрит |
| K29.1 | Другие острые гастриты |
| K29.2 | Алкогольный гастрит |
| K29.3 | Хронический поверхностный гастрит |
| K29.4 | Хронический атрофический гастрит |
| K29.5 | Хронический гастрит неуточненный |
| K29.6 | Другие гастриты |
| K29.7 | Гастрит неуточненный |
| K29.8 | Дуоденит |
| K29.9 | Гастродуоденит неуточненный |
| K30 | Диспепсия |
| K31 | Другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки |
| K31.0 | Острое расширение желудка |
| K31.1 | Гипертрофический пилоростеноз у взрослых |
| K31.2 | Стриктура в виде песочных часов и стеноз желудка |
| K31.3 | Пилороспазм, не классифицированный в других рубриках |
| K31.4 | Дивертикул желудка |
| K31.5 | Непроходимость двенадцатиперстной кишки |
| K31.6 | Свищ желудка и двенадцатиперстной кишки |
| K31.8 | Другие уточненные болезни желудка и двенадцатиперстной кишки |
| K31.9 | Болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки неуточненная |

Анатомия

В желудке различают переднюю и заднюю стенки, малую и большую кривизну, четыре отдела и два сфинктерных механизма.

- 1) Кардиальный отдел, или входная часть - область желудка, расположенная на протяжении около 5 см ниже и подковообразно вокруг пищеводно-желудочного перехода.
- 2) Дно желудка, или свод - область, расположенная выше уровня угловой вырезки.
- 3) Тело желудка - область между дном и антральным отделом.
- 4) Антральный отдел, или предпиривратниковая часть - дистальная четверть желудка.

Слизистая оболочка состоит из поверхностного железистого эпителия, собственного и мышечного слоев. В гастроэнтерологии принято выделять *функционально различные области* слизистой оболочки, соответствующие отделам желудка - кардии, телу и антруму.

- 1) Область кардиальных желез желудка располагается в зоне примерно от 0,5 до 4 см от начала кардии. Мелкие поверхностные железы секретируют слизь.
- 2) Париетально-клеточная область занимает проксимальные три четверти желудка. В железах этой зоны имеется четыре типа клеток.
 - а) Слизистые клетки вырабатывают щелочную слизь.
 - б) Главные клетки выделяют пепсиноген. Эти клетки расположены в глубине фундальных желез. *Пепсиноген* - предшественник пепсина - нужен для переваривания белков.
 - в) *Кислотопродуцирующие*, или *париетальные (обкладочные)* клетки находятся только в железах дна и тела желудка. Их функция - секреция соляной кислоты и внутреннего фактора (Кастля). Деятельность париетальных клеток стимулируют ацетилхолин, гастрин, секретин, гистамин.
 - г) *Энтерозидокринные клетки* рассыпаны по слизистой оболочке всего желудка. Их функции многообразны (например, синтез гастрина, желудочного ингибирующего пептида).
 - д) *Тучные клетки* собственного слоя слизистой секретируют *гистамин*.

3) Слизистая пилороантральной области

- а) Пилорические железы этой области вырабатывают слизь.
- б) G-клетки вырабатывают гастрин.

Поверхностный эпителий. Слизистую оболочку покрывает однослойный железистый эпителий, вырабатывающий муцину (слизь) и бикарбонат. Поверхностный эпителий слизистой оболочки желудка

выполняет защитную функцию, в том числе путем формирования слизисто-бикарбонатного барьера.

Слизисто-бикарбонатный барьер защищает слизистую оболочку от действия кислоты, пепсина и других потенциальных повреждающих агентов. Некоторые компоненты барьера важны для реализации защитной функции эпителия.

- Слизь постоянно секретируется на поверхность эпителия. Слой слизи имеет толщину около 1 мм.
- Бикарбонат (ионы HCO_3^-), секретируемый поверхностными слизистыми клетками, имеет нейтрализующее действие.
- pH. Слой слизи имеет градиент pH. На поверхности слоя слизи pH равен 2, а на поверхности эпителиальных клеток более 7.

Методика обследования больных заболеваниями желудка

1. Анамнез (изжога, прием соды несколько лет): кислая или воздушная отрыжка, сухость во рту, сменяемая слюнотечением, тяжесть и распирание в области пупка после приемов пищи в результате пилороспазма; боль и её связь с употреблением пищи (ранние (1/2-1 ч.), поздние (2-4 ч.); ночные; голодные; сезонность боли; иррадиация в левое или правое подреберье, грудину, левую половину грудной клетки, левую лопатку, грудной отдел позвоночника, область пупка (при дуоденальной язве). Характер боли: сжимающие, режущие, распирающие, тянущие, нудные, подавляющие настроение; запоры в результате рефлексорного колоспазма.

2. Осмотр: астенический тип сложения, дефицит веса (боязнь еды, нервно-рефлекторная потеря аппетита на почве постоянных болей); потливость; красный дермографизм, повышение кожных и сухожильных рефлексов, раздражительность, мнительность, нарушение сна; брадикардия и артериальная гипотония.

- Пальпация: при обострении: живот неравномерно напряжен с признаком мышечной защиты в эпигастриальной области, правом подреберье.

3. Рентгенологическое исследование.

4. Гастродуоденоскопия, биопсия.

5. Цитологическое исследование.

6. Исследование секреторной функции:

- а) зондирование желудка (оцениваются величины базальной и стимулированной кислотности, протеолитическая активность и интенсивность сокоотделения);
- б) внутрижелудочная pH-метрия;
- в) радиоиммунологический метод определения циркулирующего гастрина.

Фазы желудочной секреции

1. Нейрорефлекторная (вагусная) - (И.П.Павлов) - центральное влияние на железы желудка осуществляется через блуждающий нерв.
2. Нейрогуморальная желудочная - (Эдкинс) - при контакте пищи со стенкой желудка вырабатываются химические вещества (гастрин и гистамин), которые через кровь, а также через вагус стимулируют желудочную секрецию.

Стимулированное выделение соляной кислоты в час (максимальный гистаминовый тест).

- а) 0 мэкв - истинная ахлоргидрия, атрофический гастрит или рак желудка.
- б) 1-20 мэкв - норма, язва желудка, рак желудка.
- в) 20-35 мэкв - обычно язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.
- г) 35-60 мэкв - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, возможен синдром *Золлингера-Эллисона*.
- д) Соотношение базальной к стимулированной секреции
 - 1) <20% - норма, язва желудка, рак.
 - 2) 20-40% - язва желудка или двенадцатиперстной кишки.
 - 3) 40-60% - язва двенадцатиперстной кишки или синдром *Золлингера-Эллисона*.
 - 4) >60% -синдром *Золлингера-Эллисона*.
3. Кишечная фаза осуществляется через энтерогастрин (стимулирует сокоотделение), а также секретин и холецистокинин - панкреозимин (ингибирует желудочную секрецию).

Этиология и патогенез язвенной болезни

Предложенные ранее теории возникновения язвы (сосудистая, пептическая, конституционная, кортико-висцеральная, механическая, нейротрофическая, воспалительная) объясняют лишь одну сторону этиологии и патогенеза.

Основные механизмы патогенеза язвенной болезни

1. Наследственность (у родственников риск > 10 раз, 0 (I) группа крови > 30-40%).
2. Состояние факторов агрессии (гиперпродукция соляной кислоты и пепсина, действие механических, термических и химических раздражителей, табак, алкоголь, рефлюкс желчи) и защиты (резистентность

слизистой, регуляция продукции соляной кислоты и пепсина, салицилаты, стероиды).

3. Влияние стрессов, в том числе и хронических (болезни легких, ревматоидный артрит).

4. *Helicobacter Pylori* (90% дуоденальная и 60-70% желудочная язвы).

Язва двенадцатиперстной кишки развивается за счет нарастания кислотно-пептического фактора, нарушения защитного барьера слизистой, расстройства нервных и гуморальных механизмов в сторону их перенапряжения.

Язва желудка развивается на фоне нормального или сниженного кислотно-пептического фактора, нарушения кровообращения, трофики, тканевой гипоксии, расстройства нервных и гуморальных механизмов в сторону их подавления, а также на фоне низкого тона блуждающего нерва и снижения моторики желудка.

Клиника язвенной болезни различна в зависимости от локализации язвы и наличия осложнений. Характерна связь болей с приемом пищи и сезонность обострения болезни. При язве желудка боль возникает сразу после еды, ремиссии короткие, кислотность чаще нормальная, моторика желудка снижена. Для язвы 12-перстной кишки характерны голодные или ночные боли, изжога, длинные ремиссии, повышенная кислотность, возбужденная моторика, гиперплазия железистого аппарата желудка.

Консервативное лечение язв желудка и двенадцатиперстной кишки мало различается и показано сразу после их обнаружения. В течение нескольких недель большая часть (до 80%) желудочных язв заживает. Эрадикация *Helicobacter pylori* - принципиально необходима при консервативной терапии. Наиболее популярно сочетание краткосрочной эрадикации с длительным приемом базисных противоязвенных средств.

В Европе с целью эрадикации популярна «тройная» или «двойная» терапия. «Тройная»: De-Nol (120 мг х 3 раза) + амоксициллин (500 мг х 4 раза) + трихопол (400 мг х 3 раза) после еды. Амоксициллин заменяют на окситетрациклин, а у нас амоксициллин может быть заменен оксациллином, а окситетрациклин - тетрациклином - оба по 500 мг х 4 раза в день.

В настоящее время принято считать, что дуоденальная язва и 80% желудочных язв должны быть излечены консервативно.

Частота рецидива язвы желудка при консервативном лечении колеблется от 25 до 60% в течение 5 лет (большая часть рецидивов возникает в течение 6 мес. от первого проявления заболевания).

Базисные средства лечения:

I. Антисекреторные, в т.ч. антациды;

II. Пленкообразующие;

III. Цитопротекторы (гастропротекторы).

Антациды ускоряют заживление язв аналогично антагонистам H_2 рецепторов. Дозы различаются в зависимости от нейтрализующей способности конкретного препарата. Не рекомендуют применять антациды, содержащие ионы Ca^{2+} , т.к. они, стимулируя секрецию гастрина, вызывают повторный выброс кислоты.

Таблетированные антациды предназначены для сосания, а не проглатывания.

Блокаторы M_1 мускариновых рецепторов гастроцепин (пирензепин) лишены побочных эффектов неселективных холинолитиков (производных атропина).

Блокаторы H_2 - гистаминовых рецепторов (циметитин, ранитидин, фамотидин, низатидин) снижают кислотность в течение длительного времени, способствуя заживлению и уменьшению рецидивов.

Ингибиторы H^+ , K^+ - АТФазы (например, омепразол) применяют для кратковременного лечения рефлюкс-эзофагита и язв двенадцатиперстной кишки. Соединения блокируют протонный насос и значительно снижают секрецию кислоты. Применение ограничено из-за способности препарата (в экспериментах на животных) вызвать карциноидные опухоли.

Пленкообразующие препараты.

Сукральфат - местное средство, обволакивающее дно язвы и ускоряющее заживление при низких значениях pH; терапевтическая эффективность аналогична эффекту антагонистов H_2 -рецепторов и антацидов, препарат не имеет существенных побочных эффектов.

Карбеноксолон (аналог веществ, выделенных из корня солодки) способствует заживлению пептических язв, но менее эффективен, чем антагонисты H_2 -рецепторов; снижает проницаемость слизистой желудка для ионов H^+ , уменьшает пептическую активность желудочного сока. Основной недостаток - альдостероно-подобная задержка ионов Na^+ и воды.

Висмут обладает как язвоограничивающими свойствами, так и способностью к инаktivации пепсина, но не снижает выработку кислоты. Эффективность заживления при язвах желудка несколько выше, чем при язвах двенадцатиперстной кишки, а общий уровень побочных реакций низок. При инфицировании *Helicobacter pylori* спо-

способствует элиминации микроорганизмов из клеток эпителия. Молоко и антациды подавляют эффекты висмута, их рекомендуют избегать в течение 1 часа до и после приема висмута.

Цитопротекторы.

Простагландины E₂ и F₂ обладают защитным действием на эпителий слизистой оболочки желудка; они увеличивают кровоток и снижают стимулированную гастрином секрецию кислоты. Аналог E₂, мизопростол - эффективное средство лечения язвенной болезни. Основные побочные эффекты - диарея и тошнота.

Язвы желудка

1. Классификация по Jonson

а) Тип I. Язвы I типа возникают в теле желудка, а именно в области, называемой местом наименьшего сопротивления (*locus minoris resistentiae*) - так называемая переходная зона, расположенная между телом желудка и антральным отделом.

б) Тип II. Язвы желудка, возникающие вместе с язвой двенадцатиперстной кишки.

в) Тип III. Язвы пилорического канала. По своему течению и клиническим проявлениям они больше похожи на язвы двенадцатиперстной кишки, чем на язвы желудка.

г) Тип IV. Высокие язвы, локализирующиеся около пищеводно-желудочного перехода на малой кривизне желудка. Несмотря на то, что они протекают как язвы I типа, их выделяют в отдельную группу т.к. они склонны к малигнизации. Их оперативное лечение имеет свои особенности.

Признаки каллезной язвы:

1. Изменение характера болей (постоянство, усиление интенсивности, ночные боли, иррадиация в спину).
2. Напряжение мышц брюшной стенки.
3. Большая глубокая "ниша".
4. Лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, увеличение амилазы, билирубина крови.
5. Малая эффективность консервативного лечения.

Симптомы малигнизации язвы:

1. Изменение характера болей (постоянство, уменьшение интенсивности, утрата связей с приемом пищи).
2. Снижение аппетита, потеря веса.
3. Уменьшение секреции желудочного сока.
4. Скрытые кровотечения, ускорение СОЭ.

5. Появление "дефектов" наполнения в краях "ниши" (инфильтративный вал). Линия Хемптона.
6. Эндоскопические признаки + результаты биопсии.

Рубцовое сужение привратника и 12-перстной кишки

Пилородуоденальный стеноз развивается у 5 (47%) больных, страдающих язвенной болезнью (А.А.Курыгин, 1977; М.И.Кузин, 1987; D.C.Rubin, 1992).

Клиника рубцового стеноза характеризуется триадой взаимосвязанных синдромов:

1. Синдром нарушения эвакуации (чувство быстрого насыщения, тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка, редкий стул, задержка бария в желудке).
2. Синдром нарушения тонуса желудка:
 - вначале при сохраненном тоне мускулатуры желудка, рвота бывает редко, помогает сода,
 - при компенсаторной гипертрофии мышц живота появляется чаще, помогает рвота,
 - с течением заболевания утрачивается тонус желудка, размеры его увеличиваются, рвота вновь становится редкой, периодически наступают приступы типа острого расширения желудка, сопровождающиеся большим объемом рвотных масс, помогает зонд.
3. Синдром биохимических нарушений (падение хлоридов, азотемия, гипокальцемия, гипокалиемия, гипопротеннемия), приводящие к гастрогенной (хлоропривной) тетании - синдром Куссмауля.

Стадии развития стеноза

1. Стадия компенсации - редкие рвоты, желудок почти не увеличен, барий эвакуируется до 4-6 часов. Общее состояние больного удовлетворительное.
2. Стадия субкомпенсации - частые рвоты, увеличение размеров желудка, барий эвакуируется в срок 6-24 часа. Похудение, снижение тургора, шум плеска.
3. Стадия декомпенсации - резкое увеличение размеров желудка, редкие рвоты, эвакуация через зонд, барий эвакуируется позже 24 часов. Обезвоживание, истощение, приступы гастрогенной тетании или острого расширения желудка. Требуется длительная предоперационная подготовка до нормализации биохимических показателей крови.

Прободная язва желудка и 12-перстной кишки

Количество операций на протяжении последних десятилетий держится на уровне 7,5-13,0 на 100 000 человек, а летальность, снизившаяся к 50-м годам прошлого века, уже многие годы составляет от 5 до 17,9%. В последние годы наблюдается рост заболевания в 1,5-2 раза. У мужчин оно встречается чаще.

Классификация прободений

1. Перфорация в свободную брюшную полость - сопровождается отчетливыми признаками прободной язвы.
2. Атипичная перфорация - прободение язв, расположенных на задней стенке 12-перстной кишки или желудка, при этом желудочное содержимое поступает не в свободную брюшную полость, а в забрюшинную клетчатку или сальниковую сумку.
3. Прикрытая перфорация - вначале характеризуется острым типичным началом, затем симптомы прободения постепенно уменьшаются. В последующем могут развиваться осложнения, связанные с формированием гнойников брюшной полости.

Клиника перфоративной язвы

Все признаки прободной язвы можно разделить на группы:

- 1) Главная триада симптомов: "кинжальная" боль (95%), доскообразное напряжение брюшной стенки (92%) и язвенный анамнез (80%).
- 2) Вспомогательные или дополнительные признаки, которые делятся на функциональные (отсутствие рвоты, задержка стула, газов и сильная жажда) и общие (брадикардия, затем тахикардия, нарушение дыхания в связи с иммобилизацией диафрагмы, обморочное состояние, повышение температуры тела).

В течении перфоративной язвы выделяют 3 периода:

1. Период шока - продолжается 6-8 часов. Характерна сильная боль в эпигастрии, усиливающаяся при малейших движениях больного, доминирует брадикардия и напряжение мышц живота до степени доскообразного, исчезает печеночная тупость, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, притупление в правой подвздошной области (симптом Карвена), при обзорной рентгеноскопии брюшной полости под диафрагмой обнаруживается свободный газ. Бактериальное обсеменение в большинстве случаев отсутствует, как и паралитический *ulcus*.



Рис. 12. Газ под куполом диафрагмы при перфорации язвы
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев, 1975)

2. Период мнимого благополучия или стадия эйфории - продолжается 8-12 часов. В этой стадии боли стихают, возможна эйфория, доскообразное напряжение мышц брюшной стенки начинает исчезать и сменяется небольшим вздутием, появляется тахикардия, сухость во рту, резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Бакобсеменение отсутствует у 30% и нарастает параллельно динамической непроходимости.

3. Период перитонита - после 12 часов - на фоне уменьшения или отсутствия болей нарастает жажда, тахикардия, вздутие живота, появляется рвота, *facies Hypocrati*.

Дифференциальная диагностика перфоративной язвы

Дифференциальная диагностика проводится со следующими заболеваниями:

1. Заболевания, вызывающие перитонит (острый аппендицит, острый холецистит, панкреатит, кишечная непроходимость и т.д.).
2. Заболевания, симулирующие картину перфоративной язвы, но не

осложняющиеся перитонитом (диафрагмальный плеврит, пневмония, печеночная и почечная колика, инфаркт миокарда и др.).

Для дифференциальной диагностики обязательны рентгенологическое, УЗИ и гастроскопическое исследования.

Наличие свободного газа под диафрагмой – абсолютное доказательство перфорации полого органа, хотя отсутствие этого симптома не исключает перфорацию. Существуют тесты, которые могут повышать давление газов и провоцировать их выход из желудка в брюшную полость – пневмокомпрессия (прием различных шипучек, газифицированной жидкости), в последнее время – повторный рентгенологический контроль после фиброгастродуоденоскопии.

Лечение перфоративной язвы

1. Ушивание (у молодых людей, при "немых" и острых язвах, при повышенном операционном риске, обусловленном возрастом, тяжелыми сопутствующими заболеваниями, при гнойном разлитом перитоните).
2. Резекция желудка (при перфорации больших каллезных язв желудка и подозрении на их малигнизацию) - типа Джонсон I, III.
3. Стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой (при дуоденальной язве), иногда Джонсон II, III.
4. Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой - у молодых лиц с язвенным анамнезом при отсутствии разлитого перитонита - при дуоденальных язвах, иногда желудочных - Джонсон II, III.
5. СПВ + ушивание язвы. При отсутствии разлитого перитонита, стеноза у сохраненных больных.
6. Лапароскопическая стволовая ваготомия + ушивание язвы.

Летальность по нашим материалам колеблется от 0 до 6%.

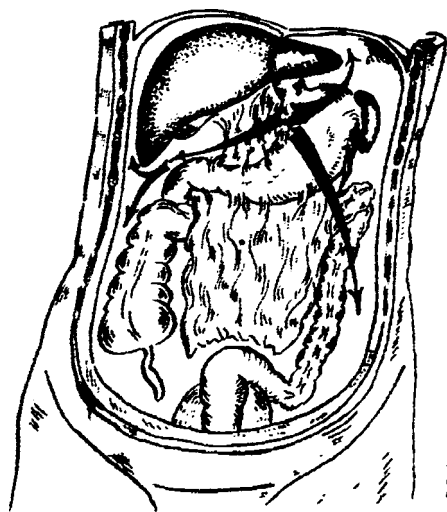


Рис. 13. Распространение экссудата при перфорации язвы малой кривизны желудка (Б.И.Альперович, М.М.Соловьев, 1975)

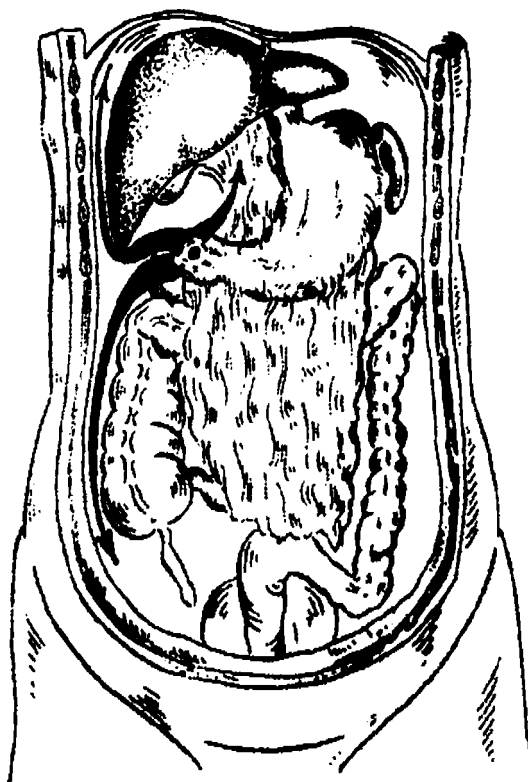


Рис. 14. Распространение экссудата при перфорации язвы в выходном отделе желудка (Б.И.Альперович, М.М.Соловьев, 1975)

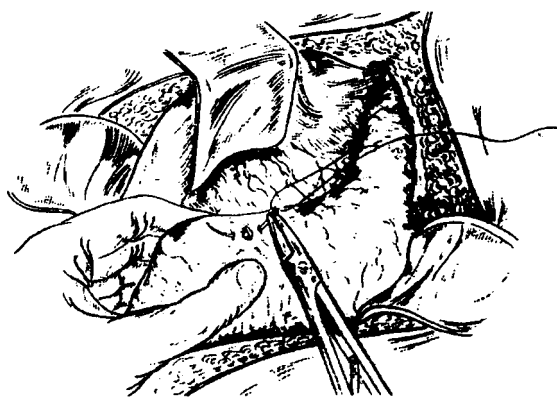


Рис. 15. Ушивание перфоративной язвы
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев, 1975)

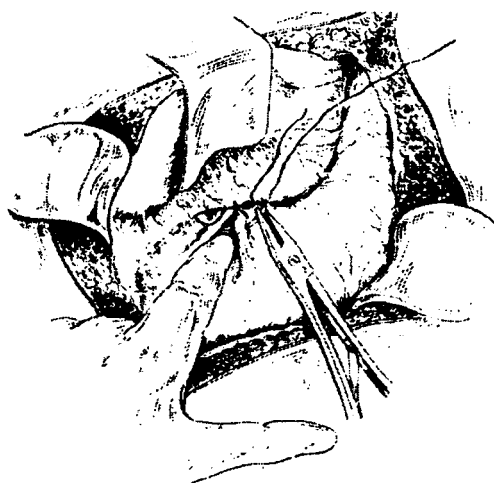


Рис. 16 Ушивание перфоративной язвы (2 этаж швов)
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев, 1975)

Кровоточащая язва желудка и 12-перстной кишки

Актуальность проблемы лечения острых язвенных гастроуде-
нальных кровотечений в первую очередь определяется высоким уров-
нем общей летальности, который достигает 10-14%. Несмотря на об-
щепризнанную эффективность современных «противоязвенных»
средств, число больных с этим заболеванием из года в год увеличива-
ется и составляет 90-103 на 100 000 взрослого населения в год (Swain
С.Р., 2000).

Классификация желудочно-кишечных кровотечений

По происхождению:

1. Язвенные кровотечения (53%)
2. Неязвенные кровотечения (46%) - опухоли желудка (17%), эро-
зивный гастрит (13%), варикозно расширенные вены пищевода (7%),
геморрой (3%), эрозии кишечника (1,7%), гипертония (1,3%), синдром
Меллори-Вейса (0,1%), полипы (0,1%), болезнь Ослера (0,05%), рак
толстой кишки, НЯК, и другие.

По интенсивности:

1. Явные
2. Скрытые

По степени тяжести кровопотери: (легкая, средняя, тяжелая).

| Показатели | Степень тяжести кровопотери | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------|----------|
| | Легкая | Средняя | Тяжелая |
| 1.Количество эритроцитов | 3,5 млн. | 2,5 - 3,5 млн. | 2,5 млн. |
| 2.Уровень гемоглобина | 100 г/л | 80 - 100 г/л | 80 г/л |
| 3.Гематокрит | 30% | 25 - 30 % | 25% |
| 4.Частота пульса | до 80 в мин. | 80 - 100 в мин. | выше 100 |
| 5.Артериальное давление | выше 110 | 100 – 110 | ниже 100 |
| 6.Дефицит ГО | до 20% | 20 - 30 % | 30% и > |

При фиброгастроскопии источник кровотечения классифицируют
по J. Forest (1974 г.).

F Ia – продолжающееся струйное кровотечение;

F Ib – продолжающееся капиллярное, в виде диффузного проса-
чивания, кровотечение;

- F IIa – видимый крупный тромбированный сосуд;
 F IIb – плотно фиксированный к язвенному кратеру тромб-сгусток;
 F IIc – мелкие тромбированные сосуды в виде окрашенных пятен;
 F III – отсутствие сигм кровотечения в язвенном кратере.

Клиника желудочно-кишечных кровотечений

1. Слабость
2. Головокружение
3. Тошнота
4. Рвота типа "кофейной гущи"
5. Мелена
6. Бледность
7. Холодный липкий пот
8. Тахикардия
9. Гиповолемия
10. Падение гемоглобина
11. Снижение уд. веса крови
12. Уменьшение гематокрита
13. Падение глобулярного объема крови (ГО).

Определяют дефицит объема крови с помощью шокового индекса. При кровотечении и дегитратации для определения дефицита объема жидкости (крови), циркулирующей в сосудистом русле, можно ориентироваться на шоковый индекс Алговера (J):

$$J = \frac{ЧСС}{АДс},$$

где АДс - систолическое артериальное давление.

В норме этот показатель составляет 0,5. Потери объема циркулирующей жидкости до 30% повышают шоковый индекс до 1, при этом показатели ЧСС и систолического АД около 100. При выраженной картине шока (ЧСС - 120 в 1 мин и систолическое АД - около 80 мм.рт.ст.) показатель шокового индекса повышается до 1,5, что свидетельствует об опасности для жизни больного. Шоковый индекс, равный 2 (ЧСС - 140 в 1 мин, систолическое АД - 70 мм. рт. ст.), соответствует уменьшению объема циркулирующей жидкости на 70%.

Консервативное лечение

1. Строгий постельный режим, холод на живот
2. Диета Мейленграхта
3. Прием антацидов
4. Противоязвенная терапия. Денол, блокаторы H_2 рецепторов гистамина, эрадикация *Helicobacter piloris*.
5. Гемостатическая терапия (аминокапроновая кислота, переливание крови и кровезаменителей, викасол, хлористый кальций и др.)
6. Лечебная эндоскопия.

В последние годы возможности осуществления полноценного локального гемостаза существенно расширились за счет внедрения видеосистем, сверхширококанальных эндоскопов, методов клипирования, аргонплазменной коагуляции, моноактивной диатермокоагуляции, инъекций абсолютного этанола и его растворов.

Показания к неотложным оперативным вмешательствам диктовались невозможностью достичь надежного гемостаза с помощью нехирургических методов.

Экстренную операцию выполняли больным с профузным продолжающимся кровотечением; больным с массивным кровотечением, для которых консервативные мероприятия, включая эндоскопические методы, оказались неэффективными, а также больным с рецидивом кровотечения в клинике.

Срочную операцию считали показанной больным с язвенным кровотечением, остановка которого консервативными способами была недостаточно надежной, и имелись указания на высокий риск рецидива кровотечения. Больным с этой группы хирургическое вмешательство, как правило, производили в течение 12-24 ч от поступления – времени, необходимого для подготовки больного к операции.

Выбор метода операции и решение о возможности выполнения неотложного оперативного вмешательства, прежде всего, зависели от тяжести состояния больного, степени операционно-анестезиологического риска и, безусловно, от локализации и характера кровоточащей язвы.

Летальность при неотложных операциях выше (до 10%), чем при остановленном кровотечении (0-5%).

Показания к операции при язвенной болезни

1. Абсолютные (перфорация язвы, профузное кровотечение, малигнизация язвы, стеноз привратника).
2. Относительные: безуспешность консервативного лечения (для язвы желудка - 3 месяца, дуоденальной - до двух лет), каллезные и пенетрирующие язвы. язвы больших размеров, множественные язвы в сочетании с высокой кислотностью, повторные кровотечения.

Принципы хирургического лечения

1. Устранение кислотно-пептического фактора.
2. Удаление язвы - источника осложнений (при язве желудка).
3. Улучшение эвакуации из желудка.
3. В дальнейшем санация желудка от *Helicobacter Pylori*

Виды операций:

1. При язве желудка

1. Резекция желудка
2. Стволовая ваготомия + иссечение язвы + дренирующая операция
3. Ваготомия + антрумрезекция
4. Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дренирующей операцией
5. Лапароскопические операции



Рис. 17. Стволовая ваготомия
1 – левый блуждающий нерв; 2 – правый блуждающий нерв.
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев. 1975)

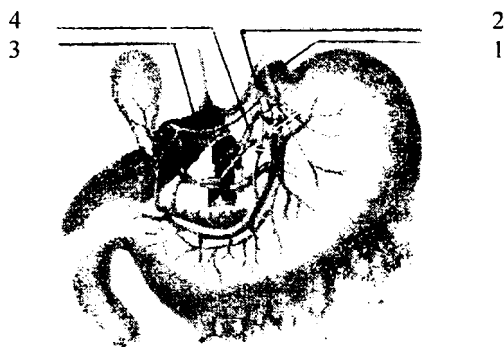


Рис. 18. Селективная ваготомия:
1, 2 – то же, что на рис. 17; 3 – печеночная ветвь левого блуждающего нерва; 4 –
чревная ветвь правого блуждающего нерва
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев, 1975)

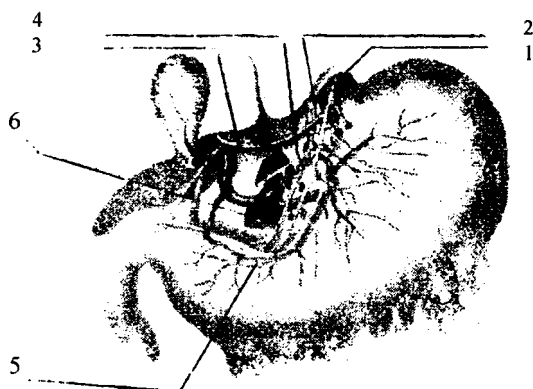


Рис. 19. Селективная проксимальная ваготомия:
1 – 4 – то же, что на рис. 23;
5 – ветвь Latarже левого блуждающего нерва;
6 – ветвь Latarже правого блуждающего нерва
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев, 1975)

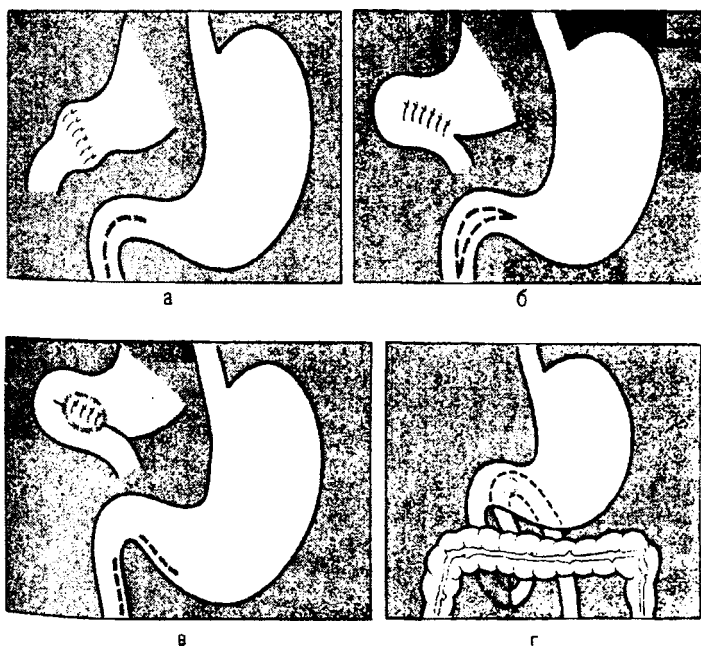


Рис. 20. Дренирующие операции:
а – пилоропластика по Гейнеке-Микуличу; б – пилоропластика по Финнею; в –
гастродуоденоанастомоз по Джабулею;
г - гастрозэнтероанастомоз
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев. 1975)

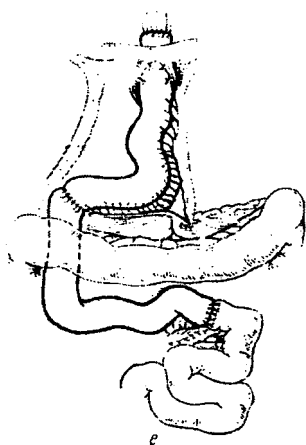
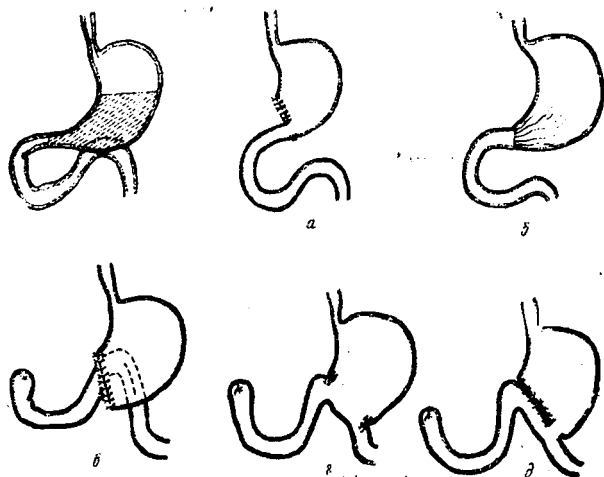


Рис. 21. Схематический рисунок
резекции желудка.
а – по методу Бильрот I;
б – по методу Бильбота в модификации
Габерера;
в – по методу Бильрот II;
г – по Райхель-Полиа;
д – по Гофмейстеру – Финстереру;
е – по Захарову.
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев, 1975)

II. При язве 12-перстной кишки

1. Селективная проксимальная ваготомия без дренирующей желудка операции (при заживающей язве и отсутствии стеноза).
2. Ваготомия (проксимальная, стволовая) с пилоропластикой (по Финнею или Микуличу) или гастродуодено-анастомозом по Джабулею.
3. Ваготомия в сочетании с резекцией антрального отдела желудка (при рецидивах язвы) применяется редко.
4. Резекция 2/3 - 3/4 по Бильрот I или II (нежелательный вариант).

Осложнения после операций на желудке

1. Ранние (перитонит, кровотечение, несостоятельность швов культи 12-перстной кишки или анастомоза, гастроплегия после ваготомии).
2. Поздние (демпинг-синдром, гипогликемический синдром, синдром приводящей петли, послеоперационный панкреатит, пептическая язва, анастомозит, агастральная алиментарная дистрофия, диарея).

Летальность при плановых ваготомиях – 0-1% больных. при плановых резекциях - 2-5%. Инвалидность после ваготомий – до 5%, после резекций – до 20%. Рецидивы после резекций – 2-5%, после ваготомий – 5-10 % больных.

Ситуационные задачи

1. Больной 40 лет, страдающий язвенной болезнью желудка, отметил, что последние 2 дня боли у него стали менее интенсивными, но в то же время появились нарастающая слабость, головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Больной бледен. В эпигастральной области очень небольшая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет.

Какое осложнение язвенной болезни вы заподозрили? Какие срочные дополнительные исследования примените для подтверждения вашего предположения? Куда и каким способом вы отправите на лечение больного?

2. У больного 34 лет в течение 2 лет обнаруживали язву луковицы двенадцатиперстной кишки. сопровождавшуюся гиперсекрецией и высокими цифрами кислотности. а также диареей. Консервативное стационарное лечение оказалось неэффективным, и ему была произведена резекция 1/2 желудка по методике Бильрот I с селективной ваготомией. Через 4 мес. язва рецидивировала. диарея продолжалась. Поскольку

больного беспокоили боли и никакое лечение ему не помогало, решено было произвести повторную операцию. Во время лапаротомии, кроме язвы, в теле поджелудочной железы было обнаружено опухолевидное образование диаметром 1,5 см.

Какое заболевание можно предположить у больного? Что следует делать?

3. У больного, которому 10 дней назад была ушита перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, стала постепенно повышаться температура и появились боли в правом подреберье, усиливающиеся при глубоком дыхании. При осмотре отмечается, что мягкие ткани в правом подреберье как бы выбухают, кожа здесь пастозна. При пальпации определяется значительное увеличение печени и резкая болезненность в правом подреберье, здесь же выявляется слабopоложительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура тела 38,5 - 39 °C носит гектический характер. Больной потерял аппетит, стал адинамичным. При рентгенологическом исследовании: в правом реберно-диафрагмальном синусе видна жидкость, правый купол диафрагмы ограничено подвижен.

Какое осложнение развилось у больного и как его лечить?

4. Больной 43 лет поступил в клинику по поводу перфоративной язвы желудка через 2 часа от начала заболевания. Язвенной болезнью страдает 8 лет. Многократно лечился в терапевтическом стационаре с кратковременным успехом. Желудочная кислотность повышена. При ревизии в пилорическом отделе желудка обнаружено перфоративное отверстие диаметром 0,5 см с инфильтрацией у основания, в брюшной полости 100 мл светлого выпота.

Какой объем оперативного вмешательства?

5. В клинику доставлен больной в бессознательном состоянии с приступами клонических судорог. По словам жены, пациент много лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки. За последние 2 месяца у него наблюдались частые ежедневные рвоты и он за этот период сильно похудел. При осмотре: больной истощен, обезвожен, в эпигастрии имеется пигментация и определяется "шум плеска".

Диагноз? С чем связано такое тяжелое состояние больного? Как следует лечить больного, начиная с момента поступления?

6. У больного 35 лет, поступившего в приемное отделение, диагностирована кровоточащая язва желудка. Кровотечение скрытое, оно подтверждено реакцией Грегерсена, падением гемоглобина и эритроцитов. Общее состояние больного вполне удовлетворительное.

Какие назначения вы сделаете больному сразу же при поступлении в стационар? Какова тактика лечения данного больного?

7. Скорой медицинской помощью доставлен больной мужчина 30 лет с жалобами на сильные боли в подложечной области. Из анамнеза известно, что 1 час назад в автобусе внезапно почувствовал резкие боли в верхней половине живота. Боли были такие сильные, что он на некоторое время потерял сознание. Около 3-х дней периодически, особенно натощак, беспокоили изжога, средней интенсивности боли в эпигастрии, которые заметно уменьшались после приема соды. Год назад при исследовании желудочной секреции выявлена гиперацидность.

1. Какие данные анамнеза могут быть важны в постановке диагноза у больного?

- А. Снижение аппетита, слабость
- Б. Боль начиналась после приема жирной жареной пищи
- В. Наличие суточного ритма болей
- Г. Связь боли с приемом пищи
- Д. Анацидный гастрит в течение 5 лет
- Е. Группа крови
- Ж. Сопутствующая сердечно-сосудистая патология
- З. Часто изжога

2. Какие внешние особенности больного будут иметь значение для постановки диагноза?

- А. Положение больного на кушетке
- Б. Черты лица, выражение лица
- В. Поведение больного
- Г. Участие живота в акте дыхания
- Д. Втянутый живот
- Е. Гиперемия кожи лица
- Ж. Резкая бледность кожи и слизистых
- З. Холодный пот

3. На какие данные объективного исследования Вы обратите внимание?

- А. Частота пульса
- Б. Вид языка
- В. Поверхностное дыхание
- Г. Живот втянут
- Д. Особенности перкуссии печени

- Е. При аускультации живота слышны сердечные тоны
- Ж. Симптом Блюмберга
- З. Симптом Ровзинга
- И. Симптом Ситковского
- К. Симптом Мэйо-Робсона
- Л. При аускультации живота редкая булькающая перистальтика

4. После объективного обследования больного Вы получили следующую клиническую картину: кожный покров бледно-розовый, лицо выражает испуг, движения больного усиливают боль в животе. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичный. Дыхание везикулярное. Язык суховат, обложен серым налетом. Живот не вздут, в дыхании не участвует. При пальпации определяется дефанс, наиболее выраженный в эпигастрии и правой подвздошной области. Симптом Блюмберга положительный. Симптом Мэйо-Робсона отрицателен. Перкуторно над печенью "тимпанит". Перистальтика вялая.

Ваш предварительный диагноз?

- А. Острый аппендицит
- Б. Острая странгуляционная кишечная непроходимость
- В. Перфорация опухоли желудка
- Г. Острый панкреатит
- Д. Инфаркт миокарда
- Е. Пронетрирующая язва желудка
- Ж. Прободная язва 12-перстной кишки
- З. Расслаивающая аневризма аорты
- И. Острый деструктивный холецистит
- К. Кровотечение из язвы 12-перстной кишки

5. Какие вспомогательные методы исследований Вы считаете первоочередными?

- А. Общий анализ крови
- Б. ЭКГ
- В. Экстренный анализ крови на билирубин, мочевины
- Г. Проведете срочную рентгеноскопию желудка
- Д. Проведете рентгеноскопию брюшной полости
- Е. Назначите анализ мочи на α -амилазу
- Ж. Лапароскопию
- З. Фиброгастроскопию

6. Какие результаты подтвердят Ваш диагноз?

- А. Лейкоцитоз в крови, имеющий тенденцию к увеличению
- Б. Повышенная α -амилаза мочи

- В. Свободная жидкость в брюшной полости при УЗИ
 - Г. На контрастной рентгенограмме желудка эвакуация из желудка слегка замедлена
 - Д. В общем анализе мочи много лейкоцитов
 - Е. При гастродуоденоскопии резкое усиление болей
 - Ж. При УЗИ – «мятничкообразная» перистальтика
 - З. В общем анализе крови резкое падение уровня гемоглобина и эритроцитов. Ht - 30
 - И. Увеличение билирубина крови до 90 мкмоль/л
 - К. Увеличение уровня мочевины крови до 15 ммоль/л
7. Какие рентгенологические признаки будут соответствовать описанной выше клинической картине?
- А. Множественные мелкие уровни жидкости по всему животу с нечеткими контурами
 - Б. Несколько широких крупных уровней с четкими контурами
 - В. Резкое вздутие поперечно-ободочной кишки
 - Г. Свободный газ в брюшной полости
 - Д. Тотальной затемнение брюшной полости
 - Е. Переполненный жидкостью и газом желудок
8. С какими еще заболеваниями необходимо дифференцировать Ваш диагноз?
- А. Хронический гиперацидный гастрит
 - Б. Хронический рецидивирующий панкреатит
 - В. Синдром Меллори-Вейса
 - Г. Почечная колика
 - Д. Печеночная колика
 - Е. Инфаркт миокарда
 - Ж. Острая нижнедолевая пневмония
9. В патогенезе данного заболевания участвуют факторы:
- А. Дуоденогастральный рефлюкс
 - Б. Активация ферментов в поджелудочной железе
 - В. Ускоренная эвакуация из желудка
 - Г. Группа крови O(I), резус - отрицательный
 - Д. Прием салицилатов, аспирина
 - Е. *Helicobacter ileum*
 - Ж. Гиперпродукция соляной кислоты желудком
 - З. Кардиоспазм
 - И. Нарушения кровообращения в слепой кишке и червеобразном отростке

10. В течении этого заболевания выделяют периоды:
- А. Острых болей
 - Б. Гиповолемического шока
 - В. Острой почечной недостаточности
 - Г. "Мнимого благополучия"
 - Д. Перитонита
 - Е. Динамического илеуса
 - Ж. Сегментарного тромбоза
 - З. Гнойных осложнений
 - И. Гнойного холангита
 - К. Пилефлебита
11. Какова будет Ваша тактика?
- А. Произвести паранефральную блокаду, ввести спазмолитики
 - Б. Наблюдать больного в стационаре, повторить УЗИ
 - В. Экстренная операция
 - Г. Ввести спазмолитики, поставить сифонную клизму, пассаж бария
 - Д. Назначить инфузионную терапию, спазмолитики, антибиотики, форсированный диурез
 - Е. При невозможности выполнить операцию - лечение по Тейлору
12. Вы взяли больного на операционный стол. Какую операцию Вы произведете больному?
- А. Мобилизацию поджелудочной железы
 - Б. Стволовую ваготомию с ушиванием язвы
 - В. Резекцию 2/3 желудка по Бильрот-II
 - Г. Холецистэктомия
 - Д. Резекцию тонкой кишки
 - Е. Аппендэктомия
 - Ж. СПВ с ушиванием язвы
 - З. Реконструктивную операцию на абдоминальном отделе аорты
 - И. Стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой
 - К. Ушиванием перфорации с гастроэнтеростомозом
 - Л. Ушивание язвы
13. Во время операции дополнительно Вы произведете:
- А. Лаваж брюшной полости
 - Б. Дренаж холедоха
 - В. Дренаж брюшной полости
 - Г. Интубацию и декомпенсацию тонкой кишки
 - Д. Введение новокаина в корень брыжейки тонкой кишки

Е. Исследование выпота на микрофлору и чувствительность к антибиотикам

Ж. Поставите зонд для искусственного питания

14. После операции Вы больному назначите:

А. Массивные дозы сердечных средств

Б. Не реже 2-3 раза в сутки аспирация содержимого желудка

В. Антибиотики

Г. Неспецифическую профилактику тромбоэмболических осложнений

Д. С первых суток искусственное энтеральное питание

Е. Большие дозы ингибиторов поджелудочной железы

Ж. В конце 1-х суток очистительная клизма

15. Какие рекомендации Вы дадите больному при выписке?

А. Можно вести обычный образ жизни

Б. Санаторно-курортное лечение для реабилитации

В. Рекомендуете специальную диету на 6 месяцев

Г. Переведете в гастроэнтерологическое отделение для консультативного лечения

Д. Запретите курение и прием алкоголя

Тестовый контроль знаний

На вопросы 1 - 21 выберите наиболее правильный ответ (ответы):

1. Кровоснабжение желудка осуществляется ниже перечисленными артериями КРОМЕ:

А.левой желудочной

Б.левой желудочно-сальниковой

В.правой желудочной

Г.правой желудочно-сальниковой

Д.ветвями собственно печеночной артерии

2. Гормон гастрин вырабатывается:

А.главными клетками в теле желудка

Б. G-клетками антрального отдела желудка

В. S-клетками 12-перстной кишки

Г.Бокаловидными клетками

Д.Пейсмекером желудка

3. Для определения адекватности ваготомии после операции целесообразно использовать:
- А. Тест Кея
 - В. Тест с нагрузкой пентагастрином
 - С. Внутривентрикулярную рН-метрию с пентагастриновым тестом
 - Д. Тест Голландера и рН-метрию
 - Е. Исследование желудочной секреции в ответ на капустный отвар
4. Обкладочные (париетальные) клетки желудка вырабатывают:
- А. Пепсин
 - В. Гастрин
 - С. Слизь с рН, близкой к нейтральной
 - Д. Трипсин
 - Е. Хлористоводородную кислоту
5. Эвакуация содержимого желудка нарушается при повреждении
- А. Печеночной ветви вагуса
 - В. Нерва Грасси
 - С. Нерва Латерже
 - Д. Заднего ствола вагуса
 - Е. Чревной ветви вагуса
6. Назовите операцию выбора при неосложненной дуоденальной язве:
- А. Резекция желудка по Бильрот-I
 - В. Резекция желудка по Бильрот-II
 - С. Стволовая ваготомия с пилоропластикой
 - Д. Селективная ваготомия с пилоропластикой по Микуличу
 - Е. Селективная проксимальная ваготомия
7. Укажите ветвь блуждающего нерва, не участвующую в иннервации желудка:
- А. Передний (левый) ствол
 - В. Задний (правый) ствол
 - С. Чревная ветвь заднего ствола
 - Д. Передняя и задняя ветви Латерже
 - Е. "Криминальный" нерв Грасси
8. Для медиогастральной язвы (I тип по Johnson) не характерно:
- А. Нормальная или пониженная кислотность желудочного сока
 - В. Частая малигнизация
 - С. Дуоденогастральный рефлюкс

- С. Дуоденогастральный рефлюкс
 - Д. Упорное течение с короткими ремиссиями
 - Е. Усиленная кислотопродукция
9. Для язвы 12-перстной кишки не характерно:
- А. Изжога
 - В. Рвота, возникающая на высоте боли, приносящая больному облегчение
 - С. Высокие показатели кислотопродукции натощак и после стимуляции
 - Д. Малигнизация язвы
 - Е. Рвотные массы часто без примеси пищи, имеют кислый вкус
10. Какое из перечисленных осложнений наиболее редко наблюдается при язве 12-перстной кишки?
- А. Кровотечение
 - В. Перфорация
 - С. Малигнизация
 - Д. Стеноз
 - Е. Пенетрация
11. Какое положение, характеризующее язву тела желудка не может быть признано правильным?
- А. Чаше начинается в среднем и пожилом возрасте
 - В. Обострения иногда носят сезонный характер
 - С. Осложняется кровотечением
 - Д. Не перерождается в рак
 - Е. Осложняется перфорацией
12. При каком из перечисленных заболеваний антациды снимают боль в эпигастральной области?
- А. Рак желудка
 - В. Хронический холецистит
 - С. Ишемическая болезнь сердца
 - Д. Язвенная болезнь 12-перстной кишки
 - Е. Болезнь Менентрие
13. При каком заболевании наиболее часто бывают кровотечения из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта?
- А. Рак желудка
 - В. Варикозное расширение вен пищевода
 - С. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
 - Д. Эрозивный гастрит
 - Е. Полип желудка

14. Больному 35 лет. Во время работы через час после обеденного перерыва внезапно появилась острая боль в эпигастральной области. В анамнезе гастрит. При осмотре терапевтом здравпункта отмечено: состояние тяжелое, бледен. Пульс ритмичный, 98 в минуту. Язык сухой. Живот напряжен и болезнен в правой половине, больше в правой подвздошной области. Положительный симптом Блюмберга. Печеночная тупость не определяется. Перистальтика вялая. О каком из приведенных заболеваний следует думать в первую очередь?

- А. Острый аппендицит
- В. Перфоративная язва 12-перстной кишки
- С. Кровотоочащая язва 12-перстной кишки
- Д. Острый панкреатит
- Е. Острый холецистит

15. Назовите оптимальную последовательность названных исследований для уточнения диагноза в задаче №14:

- 1. лапароскопия
 - 2. обзорная R-скопия брюшной полости
 - 3. фиброгастроскопия
 - 4. УЗИ
 - 5. R-скопия желудка
- А. 4,3,1,2,5
 - В. 2,5,4,1,3
 - С. 1,2,3,5,4
 - Д. 2,4,3,1,5
 - Е. 5,3,4,2,1

16. Для острого язвенного желудочно-кишечного кровотечения не характерно:

- А. Частый пульс, гипотония
- В. Рвотные массы в виде "кофейной гущи"
- С. Мелена
- Д. Усиление болевого синдрома
- Е. Бледность кожных покровов

17. Больной 40 лет в последние 2 недели отмечает "голодные" и ночные боли в эпигастрии, изжогу. В последние 2 дня боли стали менее интенсивными, но появилась слабость, головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Больной бледен. В эпигастральной области небольшая болезненность при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Глюкоза крови 4,8 ммоль/л. Какой предварительный диагноз Вы поставите?

- А. Гипогликемическая кома
- В. Прободная язва желудка
- С. Острое желудочно-кишечное кровотечение
- Д. Острый панкреатит в стадии гемодинамических расстройств
- Е. Разрыв аневризмы брюшной аорты.

18. Какое из мероприятий не допустимо при консервативном лечении кровотечения язвенной этиологии?

- А. Голод
- В. Постельный режим
- С. Прием антацидов внутрь
- Д. Подавление желудочной секреции блокаторами H_2 -рецепторов гистамина
- Е. Переливание крови и кровезаменителей

19. Какой признак не бывает при профузном желудочно-кишечном кровотечении?

- А. Многократная рвота кровью
- В. Обильный дегтеобразный стул
- С. Наличие жидкости в свободной брюшной полости
- Д. Учащение пульса
- Е. Падение АД

20. Укажите признак, который не является показанием к неотложному хирургическому вмешательству при остром желудочно-кишечном кровотечении:

- А. Профузное кровотечение
- В. Повторное кровотечение в стационаре
- С. При эндоскопии признаки продолжающегося кровотечения (I стадия по Форресту)
- Д. "Состоявшееся" кровотечение при эндоскопии (III стадия по Форресту)
- Е. Геморрагический шок

21. Шоковый индекс Алговера это:

- А. Отношение систолического артериального давления к пульсу
- В. Отношение диастолического артериального давления к пульсу
- С. Отношение центрального венозного давления к пульсу
- Д. Отношение пульса к систолическому артериальному давлению
- Е. Отношение пульса к диастолическому артериальному давлению

В вопросах 22 - 27 перечислены признаки язвы желудка. Подберите соответствующие им типы язвы по классификации Джонсон ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---|-----------------------|
| 22. Локализация в области угла желудка на малой кривизне | А. I тип по Johnson |
| 23. Локализация – пилорический канал | В. II тип по Johnson |
| 24. Сначала появляется язва 12-перстной кишки, а через несколько лет – язва желудка | С. III тип по Johnson |
| 25. Часто малигнизируется несмотря на высокую кислотопродукцию | Д. IV тип по Johnson |
| 26. Рубцевание дуоденальной язвы может привести к нарушению эвакуации из желудка и появлению второй медиогастральной язвы | |
| 27. Локализуется в кардии желудка | |

В вопросах 28 - 36 представлены признаки клинического течения язв. Подберите, к какой локализации язвы они относятся ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---|-------------------------------------|
| 28. Язва чаще встречается у мужчин до 40 лет | А. Язва желудка (I тип по Джонсону) |
| 29. Проявляется "голодными" болями | В. Язва 12-перстной кишки |
| 30. Встречается при стрессах, ожогах, травмах черепа | С. Язва желудка Джонсон III |
| 31. Имеет сезонный характер обострений | Д. Язва желудка Джонсон IV |
| 32. Боли проходят после приема пищи | Е. Острая язва любой локализации |
| 33. Боль в эпигастрии сразу после еды | Ф. В+С |
| 34. Теряется сезонность, связь с едой, изменяется периодичность и интенсивность болей | Г. Малигнизация |
| | Н. Язвы любой локализации |

35. Рвота приносит облегчение
 36. Прием антацидов не даст
 прежнего эффекта

В вопросах 37 - 45 приведены характеристики методов исследования секреции желудка. Укажите, к какому из тестов они должны быть отнесены ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---|--------------------------------|
| 37. Требуется контроль за уровнем глюкозы крови | А. Тест Кея |
| 38. Перед проведением требуется введения антигистаминных препаратов | В. Тест Голландера |
| 39. Исследуется кислотопродукция и ощелачивающая способность антрума | С. Проба с введением прозерина |
| 40. Максимальный гистаминовый тест | Д. рН-метрия |
| 41. Применяется для определения полноты ваготомии во время операции | |
| 42. Позволяет определить дуоденогастральный рефлюкс | |
| 43. Активация секреторной функции желудка посредством стимуляции холинергических структур | |
| 44. Может осложниться гипогликемической комой | |
| 45. Может вызвать тяжелую аллергическую реакцию | |

В вопросах 46 - 54 приведены симптомы заболеваний. Укажите, какому из синдромов они могут соответствовать ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|--------------------------------|
| 46. Может быть причиной желудочно-кишечного кровотечения | А. Синдром Меллори-Вейса |
| 47. Гипергастринемия | В. Синдром Золлингера-Элиссона |
| 48. Имеются продольные разрывы слизистой кардио-эзофагеальной зоны | С. Синдром Рандю-Ослера |
| 49. Необходимо обследование поджелудочной железы | Д. Язва Дьюлафуа |
| 50. Исключить гиперпаратиреоз | Е. А + В + С + Д |
| 51. Возможно изъязвление с перфорацией желудка | |
| 52. Желудочная гиперсекреция предельно высока | |

53. СПВ и резекция желудка неэффективна
 54. Алкоголизм - этиологический фактор

В вопросах 55 - 61 перечислены секреторные и инкреторные функции желудка. Укажите, какими железами или клетками они обеспечиваются ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---|---|
| 55. Выделение слизи для лучшего скольжения пищевого комка | А. Кардиальные железы желудка |
| 56. Выработка гастрина | В. Главные клетки желудка |
| 57. Выработка растворимой слизи с нейтральной рН | С. Антральные железы желудка (добавочные) |
| 58. Выделение пепсиногена | Д. G-клетки антрального отдела желудка |
| 59. Выработка внутреннего фактора Кестля | Е. Обкладочные клетки (париетальные) |
| 60. Выделение хлористо-водородной кислоты | |
| 61. На своей мембране имеют рецепторы для гистамина, ацетилхолина, гастрина | |

В вопросах 62 - 70 перечислены эффекты действия биологически активных веществ. Укажите, к какому гормону или медиатору они относятся ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|----------------|
| 62. Вырабатывается S-клетками 12-перстной кишки | А. Ацетилхолин |
| 63. Тормозит желудочную секрецию и стимулирует выделение бикарбонатов | В. Гастрин |
| 64. Стимулирует секрецию желудочного сока путем активации H ₂ -рецепторов | С. Гистамин |
| 65. Высвобождается в ответ на стимуляцию блуждающих нервов в I-фазе секреции | Д. Секретин |
| 66. Продуцируется клетками, расположенными в антральном отделе желудка | |
| 67. Повышает чувствительность обкладочных клеток к парасимпатической и другой стимуляции | |
| 68. Участвует в антродуоденальном кислотном "тормозе" | |

69. Стимулирует выделение бикарбонатов и воды поджелудочной железой
70. Выделяется клетками 12-перстной кишки под влиянием соляной кислоты желудочного сока

В вопросах 71 - 74 определите степень тяжести желудочно-кишечного кровотечения ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|---------------------------------------|
| 71. АД 90 мм.рт.ст., PS – 110 уд./мин. дефицит ОЦК 36%, Hb - 80 г/л, Ht – 25% шоковый индекс - 1,5 | А. Легкая В. Средняя С. Тяжелая |
| 72. АД 60 мм.рт.ст., пульс >120, шоковый индекс >1,5, Hb < 80 г/л, олигурия | |
| 73. АД >110 мм.рт.ст., PS – 80 уд./мин дефицит ОЦК 5%, Hb - 100 г/л, Ht – 35% | |
| 74. АД 100 мм.рт.ст., PS – 90 уд./мин Hb 90 г/л, Ht – 26%, шоковый индекс 0,75 дефицит ОЦК –22% | |

В вопросах 75 - 78 перечислены методы лечения. Выберите соответствующие им заболевания ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|---|
| 75. Селективная проксимальная ваготомия + пилоропластика | А. Язва области угла желудка |
| 76. Дистальная резекция 1/2 желудка с гастродуодено-анастомозом по Бильрот-I | В. Язва субкардиального отдела желудка |
| 77. Лестничная резекция желудка | С. Препилорическая и пилорическая язва |
| 78. Иссечение язвы и срочное гистологическое исследование, пилоропластика, ваготомия | Д. Дуоденальная язва со стенозированием |

В вопросах 79 - 90 перечислены патогенетические факторы. Укажите, язве какой локализации они соответствуют ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---|------------------------------|
| 79. Преимущественно у людей старше 50 лет | А. Язва желудка |
| 80. Дуоденогастральный рефлюкс | (I тип по Johnson) |
| 81. Возникает, как правило, на фоне желудочной гиперсекреции | В. Дуоденальная язва |
| 82. Ночная гиперсекреция хлористоводородной кислоты | С. Язва кардинального канала |
| 83. Высокий тонус блуждающих нервов | Е. Язва любой локализации |
| 84. Увеличение массы париетальных клеток | Г. А + С |
| 85. Ослабление защитных механизмов слизистой против действия кислотнопептического фактора | Г. В + Д |
| 86. Снижение компенсаторного ощелачивания в антруме | |
| 87. Повышенная выработка гастрина G-клетками | |
| 88. Замедление эвакуации из желудка | |
| 89. <i>Helicobacter pylori</i> | |
| 90. Снижение возможностей регенерации слизистой оболочки желудка | |

В вопросах 91 - 101 перечислены особенности течения и осложнения гастродуоденальных язв. Определите показания к соответствующему лечению ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---|---|
| 91. Стрессовая язва | А. Относительные показания к хирургическому лечению |
| 92. Безуспешность консервативного лечения дуоденальной язвы в течение 2 лет | В. Абсолютные показания к хирургическому лечению |
| 93. Каллезные пенетрирующие язвы | С. Консервативное лечение |
| 94. Острая лекарственная язва 12-перстной кишки | |
| 95. Повторные кровотечения в анамнезе | |
| 96. Перфорация язвы | |
| 97. Профузное кровотечение | |
| 98. Рецидив язвы после ушивания | |
| 99. Стеноз привратника | |
| 100. Малигнизация | |
| 101. Малоэффективность консервативной терапии желудочной язвы в течение 3 месяцев | |

В вопросах 102 - 108 перечислены заболевания. Подберите соответствующие им методы лечения ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|---|
| 102. Язва тела желудка | А. Резекция желудка по Бильрот-I |
| 103. Неосложненная язва 12-перстной кишки | В. Гастротомия |
| 104. Язва желудка Джонсон III | С. Субтотальная дистальная резекция желудка |
| 105. Язва желудка IV тип с явлениями малигнизации | Е. Селективная проксимальная ваготомия с дренирующими операциями |
| 106. Синдром Меллори-Вейса | Д. Селективная проксимальная ваготомия |
| 107. Язва Джонсон III с малигнизацией | Ф. Дистальная резекция 2/3 желудка с гастроэнтеро- настомозом по Бильрот-II |
| 108. Язва 12-п. кишки с субкомпенсированным стенозом | Г. Проксимальная резекция желудка И. Проксимальная резекция желудка Н. Иссечение язвы, биопсия, СПВ |

В вопросах 109 - 120 представлены признаки заболеваний. Выберите соответствующие заболевания, при которых они могут иметь место ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|-----------------------------------|
| 109. Боли в правой половине живота | А. Острый аппендицит |
| 110. Там же симптом Щеткина-Блюмберга в начале заболевания | В. Перфоративная язва 12-п. кишки |
| 111. Гиперлейкоцитоз со сдвигом формулы влево в крови с начала болезни | С. Острый холецистит Д. А+В+С |
| 112. Исчезновение печеночной тупости | Е. Острый панкреатит |

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 113. Иррадиация болей в правую лопатку | F. Острая кишечная непроходимость |
| 114. Иррадиация болей в надключичную область | G. Острый аднексит |
| 115. Острейшее начало и напряжение мышц по всему животу | I. B + C |
| 116. Характерна однократная рвота | H. Все перечисленное |
| 117. Положительный симптом Промтова | |
| 118. Болезненность в треугольнике Пти | |
| 119. Тахикардия | |
| 120. При обзорной Rtg-скопии свободный газ в брюшной полости | |

В вопросах 121 - 129 перечислены симптомы заболеваний. Выберите соответствующие им заболевания ("вопрос-ответ"):

- | вопрос | ответ |
|---|---|
| 121. Обильная рвота с примесью малоизмененной крови | A. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода |
| 122. Мелена | B. Кровотечение из язвы 12-перстной кишки |
| 123. Голодные боли в анамнезе | C. Кровотечения при синдроме Рандю-Ослера |
| 124. Рвота "кофейной гущей" | D. Геморрой |
| 125. Увеличение размеров печени | E. Fissura ani et recti |
| 126. Алая кровь поверх каловых масс | F. Рак желудка |
| 127. Сильные боли после акта дефекации | G. Кровотечение из острой язвы желудка |
| 128. Портальная гипертензия | H. Прободная язва 12-перстной кишки |
| 129. Коллапс | I. A + B + C + F + G |
| | K. B + H |

В вопросах 130 - 138 представлены признаки заболеваний. Выберите соответствующие им заболевания ("вопрос-ответ"):

- | вопрос | ответ |
|---|--|
| 130. Сезонность болей в животе | A. Рак желудка |
| 131. Опоясывающий характер болей | B. Язвенная болезнь желудка (тип III Jonson) |
| 132. Дефект наполнения при рентгеноскопии | |

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 133. Амилазурия | С. Язва, пенетрирующая в pancreas |
| 134. Снижение аппетита, извращение вкуса, похудание, слабость | D. B+C |
| 135. Развитие желтухи, появление асцита | E. A+B+C |
| 136. Симптомы "ниши", указательного пальца при рентгенологическом исследовании | |
| 137. Боль не зависит от приема пищи | |
| 138. Наличие в кале скрытой крови | |

В вопросах 139 - 150 перечислены принципы тактики врача при различных осложнениях язвы 12-перстной кишки. Подберите, к какому осложнению язвы они относятся ("вопрос-ответ"):

- | вопрос | ответ |
|---|-----------------------|
| 139. Исследование гематокрита | A. Кровоточащая язва |
| 140. Исследование кала на скрытую кровь | B. Прободная язва |
| 141. Ургентная эзофагогастродуоденоскопия | C. Пенетрирующая язва |
| 142. Лапароскопия не показана | D. A+C |
| 143. Гемостатическая терапия | E. A + B |
| 144. Обзорная рентгеноскопия брюшной полости | |
| 145. Эрадикация <i>h.pyloridis</i> | |
| 146. Применение фамотидина <i>per os</i> | |
| 147. Переливание кровезаменителей | |
| 148. Подавление желудочной секреции, антациды | |
| 149. Неотложная операция | |
| 150. Диета Мейленграхта | |

В вопросах 151 - 170 выберите наилучшую комбинацию ответов по схеме:

| А | В | С | Д | Е |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| если верно только 1, 2, 3 | если верно только 1, 3 | если верно только 2, 4 | если верно только 4 | если все правильно |

151. В клиническом течении перфорации язвы в свободную брюшную полость выделяют стадии:

1. Первичного шока
2. Мнимого благополучия
3. Разлитого перитонита
4. Хлоропривной тетании

152. Для прободной язвы характерно:

1. Резкие "кинжальные" боли в животе
2. Исчезновение печеночной тупости
3. Напряжение мышц брюшной стенки
4. Рентгенологически свободный газ в брюшной полости

153. Для желудочного кровотечения характерно:

1. Рвота "кофейной гущей"
2. Слизь, кровь в каловых массах
3. Мелена
4. Резкие боли в животе

154. Радикальные операции при язвенной болезни выполняются при:

1. Длительном язвенном анамнезе
2. Менее 6 часов после прободения
3. Кровоточащей язве
4. При острых, стрессовых язвах

155. Абсолютными показаниями к хирургическому лечению язвы двенадцатиперстной кишки являются:

1. Рецидив заболевания после ушивания язвы
2. Пенетрация
3. Повторные кровотечения в анамнезе
4. Стеноз

156. Типичными осложнениями язвы желудка являются:

1. Перфорация
2. Пенетрация
3. Кровотечение
4. Малигнизация

157. Ушивание прободной язвы 12-перстной кишки применяется:

1. При распространенном гнойном перитоните
2. Преклонном возрасте больного
3. У молодых больных при перфорациях стрессовых язв
4. При перфорации "лекарственной" язвы

158. Для пилородуоденального стеноза в стадии компенсации характерно:

1. Чувство полноты и тяжести в эпигастрии после приема пищи
2. Рвота, приносящая облегчение
3. Эвакуация из желудка замедлена до 6 часов
4. Желудок расширен, перистальтика его усилена

159. Для пилородуоденального стеноза в стадии субкомпенсации характерно:

1. Кинжальные боли
2. Отрыжка с неприятным запахом
3. Зияние привратника
4. Чувство полноты и тяжести в эпигастрии после еды

160. Для пилородуоденального стеноза в стадии субкомпенсации характерно:

1. Искусственно вызываемая рвота
2. Рвотные массы содержат пищу, съеденную задолго до рвоты
3. "Шум плеска" в желудке
4. Бариевая взвесь задерживается в желудке до 24 часов

161. Для пилородуоденального стеноза в стадии субкомпенсации характерно:

1. Желудок расширен, натошак содержит жидкость
2. Перистальтика желудка ослаблена
3. Эвакуация контрастной массы через 12 часов
4. Гиперкалиемия

162. Для пилородуоденального стеноза в стадии декомпенсации характерно:

1. Мелена
2. Гиперкалиемия
3. Увеличение в крови ионизированного кальция
4. Гастрогенная тетания

163. Нерв Латерже:

1. Иннервирует желудок, 12-перстную кишку, печень, поджелудочную железу
2. Является конечной ветвью (передней и задней) обоих блуждающих нервов
3. Отходит от правого ствола блуждающего нерва в области угла Гиса
4. Сохраняется при селективной проксимальной ваготомии

164. Иннервация желудка осуществляется:

1. Блуждающими нервами
2. Левым диафрагмальным нервом
3. Симпатическими нервами от чревных ганглиев
4. Печеночной ветвью левого блуждающего нерва

165. Ветвями селезеночной артерии, кровоснабжающими желудок являются:

1. Левая желудочно-сальниковая артерия
2. Левая желудочная
3. Короткие желудочные артерии
4. Правая желудочно-сальниковая

166. Выполнение дренирующих желудок операций всегда обязательно после:

1. Селективной проксимальной ваготомии
2. Селективной желудочной ваготомии
3. Ушивания перфоративной язвы желудка
4. Стволовой ваготомии

167. Блуждающие нервы осуществляют:

1. Стимуляцию перистальтики желудка
2. Понижают тонус пилорического сфинктера
3. Стимуляцию выработки пепсина и соляной кислоты
4. Основную стимуляцию желудочной секреции во II фазе

168. Максимальные возможности кислотопродукции желудка позволяет определить:

1. Тест с отваром капусты
2. Тест Кея
3. Тест с атропином
4. Тест с пентагастрином

169. Для синдрома Золлингера-Эллисона характерно:

1. Образование язв желудка и 12-перстной кишки
2. Тяжелая диарея
3. Язвы часто осложняются кровотечением, прободением
4. Снижением концентрации гастрина в сыворотке крови

170. При желудочно-кишечном кровотечении развиваются расстройства:

1. Гиповолемический шок
2. Почечная недостаточность
3. Печеночная недостаточность
4. Интоксикация продуктами распада крови в кишечнике

В вопросах 171 - 177 определите верно или неверно каждое из двух утверждений, далее определите верна или нет причинная взаимосвязь между ними:

| Ответ | Утверждение 1 | Утверждение 2 | Взаимосвязь между 1 и 2 утверждениями |
|-------|---------------|---------------|--|
| А | верно | верно | верна |
| В | верно | верно | неверна |
| С | верно | неверно | неверна |
| Д | неверно | верно | неверна |
| Е | неверно | неверно | неверна |

171. Больным перфоративной язвой желудка с длительностью от момента перфорации до 6 часов следует проводить резекцию желудка (утверждение 1),
потому что
при ушивании язвы возможен рецидив (утверждение 2).

172. Перед операцией больным язвенным стенозом показана систематическая аспирация желудочного содержимого через зонд (утверждение 1),
потому что
удаление желудочного сока препятствует развитию синдрома Куссмауля (утверждение 2).

173. При язвенной болезни 12-перстной кишки операцией выбора является ваготомия (утверждение 1),
потому что

в этиологии дуоденальных язв ведущее место принадлежит гиперсекреции желудочного сока, повышению тонуса блуждающих нервов (утверждение 2).

174. Больным, страдающим калезной язвой желудка показана гастроскопия с биопсией слизистой из краев язвы (утверждение 1),
потому что
калезная язва желудка может перерождаться в рак и данные биопсии являются определяющими в выборе тактики лечения больного (утверждение 2).

175. Кровотечение из язвы малой кривизны желудка часто бывает массивным (утверждение 1),
потому что
язва на малой кривизне желудка пенетрирует в малый сальник и эрозивирует ветви левой желудочно-сальниковой артерии (утверждение 2).

176. При язвенной болезни 12-перстной кишки можно применять селективную проксимальную ваготомию без дренирующих желудок операций (утверждение 1),
потому что
селективная проксимальная ваготомия денервирует кислотообразующую зону слизистой оболочки желудка и не нарушает моторно-эвакуаторную функцию пилороантрального отдела желудка (утверждение 2).

177. Синдром Куссмауля развивается при декомпенсированном стенозе привратника и 12-перстной кишки (утверждение 1).
потому что
при декомпенсированном стенозе развиваются тяжелые нарушения белкового обмена (утверждение 2).

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Какие артерии осуществляют кровоснабжение желудка?
2. Назовите анатомические отделы желудка.
3. Каковы особенности иннервации желудка?
4. Зоны каких желез имеются в слизистой желудка, их функциональное назначение?
5. Что такое гастрин, где и чем он вырабатывается, его физиология?
6. Как осуществляется регуляция желудочной секреции?

7. Как осуществляется регуляция секторно-эвакуаторной функции желудка?
8. Какие Вы знаете методы исследования секреторной функции желудка и в чем их принципы?
9. Какие другие методы исследования желудка и 12-перстной кишки Вы знаете, в чем их принципы?
10. Классификация язвенной болезни по Джонсону.
11. Патогенез язв Джонсон - I, II, III, IV, отличия и особенности.
12. Объясните причины и особенности болевого синдрома при желудочной и дуоденальной язве.
13. Какие симптомы язвенной болезни Вы знаете?
14. Что такое "язвенный анамнез"?
15. Какие симптомы свидетельствуют о малигнизации язвы? Язвы каких локализаций чаще подвергаются малигнизации?
16. Назовите абсолютные и относительные показания к операции при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки?
17. Ваша тактика при безуспешности консервативного лечения язвенной болезни в течение 2 лет? Чем обусловлен выбор тактики?
18. Какие операции показаны при язве желудка (в зависимости от типа по Джонсону)?
19. Изобразите схематически оба способа резекции желудка по Бильроту? Какие модификации способа Бильрот II Вы знаете?
20. Какие виды ваготомии Вы знаете? В чем их различие?
21. При каких локализациях язв показана селективная проксимальная ваготомия. В чем смысл и этапы этой операции?
22. Какие дренирующие желудок операции Вы знаете? Схематически изобразите ход операции Джабулея, Финнея?
23. Какие ранние осложнения бывают после резекции желудка? Какие их причины?
24. С какой целью проводится эвакуация желудочного содержимого после операции на желудке?
25. Назовите примерные сроки временной нетрудоспособности после резекции желудка и ваготомии?

ПОЛИПЫ И РАК ЖЕЛУДКА

К доброкачественным опухолям желудка относятся неэпителиальные и эпителиальные образования. Чаще всего встречаются эпителиальные образования – полипы.

Полипы желудка бывают различных видов.

1. Воспалительные желудочные полипы не являются истинными опухолями. Они обычно локализуются в пилороантральном отделе и сочетаются с гипохлоргидрией, не трансформируются в рак.
2. Гиперпластические желудочные полипы, полиаденоматозный полипоз (болезнь Менетрие) характеризуется утолщением складок слизистой, рельеф её становится грубым. Малигнизация до 8%.
3. Аденоматозные полипы являются предраковыми заболеваниями, локализуются чаще в антральном отделе. Частота малигнизации достигает 40-60%. К ним относятся ворсинчатые полипы, где вероятность малигнизации еще выше.

Среди населения широко распространена кишечная метоплазия (КМ) по тонко- и толстокишечному типу. Частота КМ увеличивается в зависимости от возраста. КМ обнаруживается почти всегда вблизи раковой опухоли желудка интестинального типа. Считается, что толстокишечный тип КМ при раке встречается чаще, чем тонкокишечный.

Если при КМ митозы наблюдаются как и в здоровой тонкой кишке, то при эпителиальной дисплазии (ЭД) митозы происходят по всей железе, наблюдается недостаточное созревание ткани железы.

Таким путем предполагается малигнизация аденоматозных полипов. Интестинальный тип ЭД связывают с возникновением высокодифференцируемого рака, фовеолярный с низкодифференцированным диффузным и анапластическим раком.

Клиническая картина

Иногда полипы протекают бессимптомно или протекают с симптомами хронического гастрита, как правило, анацидного. Некоторые симптомы доброкачественных опухолей зависят от локализации полипов. При расположении в пилорическом отделе полипы могут давать клиническую картину стеноза привратника, а опухоли на ножке могут пролабировать и ущемляться в пилорическом канале или двенадцатиперстной кишке, вызывая симптомы непроходимости.

При изъязвлении полипа может быть кровотечение из него, иногда значительное.

Для диагностики полипов применяются рентгенологическое исследование, при котором удается обнаружить характерный дефект наполнения, однако, в отличие от рака желудка контуры дефекта наполнения ровные.

Ведущим методом диагностики является гастроскопия с прицельной биопсией или иссечением полипа с последующим гистологическим исследованием.

Лечение полипов зависит от гистологической структуры, размера, локализации.

При гиперпластических полипах производят их эндоскопическое удаление с последующим ежегодным контролем. Аденоматозные полипы размерами до 2 см удаляют эндоскопическим путем, а более крупные ввиду возможной малигнизации подлежат хирургическому лечению. При множественных полипах показана резекция желудка, а при желудочном полипозе — гастрэктомия.

Р а к ж е л у д к а — это злокачественная опухоль различной степени дифференцировки, возникающая из эпителия слизистой оболочки желудка. Длительное время рак желудка по частоте заболеваемости занимал первое место среди злокачественных образований во всем мире. Примерно 4% взрослых людей ежегодно умирают от этого заболевания. Наиболее часто рак желудка встречается в Японии, Германии, Италии. Однако, по данным международного канцер-регистра ВОЗ, в большинстве стран мира отмечается снижение заболеваемости раком желудка. Так, если в середине 60-ых годов наибольшие цифры заболеваемости отмечались в Японии (71 на 100.000 населения), то в настоящее время в этой стране заболеваемость составляет 38 случаев на 100.000 населения.

Классификация М К Б 10

| | |
|-------|---|
| C16 | <i>Злокачественное новообразование желудка</i> |
| C16.0 | Кардии |
| C16.1 | Дна желудка |
| C16.2 | Тела желудка |
| C16.3 | Преддверия привратника |
| C16.4 | Привратника |
| C16.5 | Малой кривизны желудка неуточненной части |
| C16.6 | Большой кривизны желудка неуточненной части |
| C16.8 | Поражение желудка, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций |
| C16.9 | Желудка неуточненной локализации |

Факторами риска развития рака желудка являются:

- высокое содержание соли в продуктах (соленая и вяленая рыба, различные консервы);
- высокое потребление нерафинированных жиров;
- низкое содержание в рационе молока и молочных продуктов;
- курение, особенно в сочетании с употреблением алкоголя;
- употребление горячей пищи;
- нерегулярное питание.

На развитие рака желудка могут влиять многие факторы. Имеются данные о генетической предрасположенности к развитию этого заболевания, однако, считать этот факт достоверным в настоящее время нельзя. К факторам риска относят группу крови A(II) резус отрицательный.

Сильным фактором, влияющим на частоту заболеваемости, является воздействие окружающей среды. Так, смертность среди японцев, эмигрировавших в США, была ниже, чем у японцев, живущих на родине. Смертность снизилась еще больше во втором поколении эмигрантов, но все же оставалась выше, чем у коренных жителей США. Это указывает на существование в Японии таких факторов, которые начинают действовать уже в детстве.

Сильным экзогенным фактором риска является диета. Высококалорийная пища с включением животного мяса, нерафинированных жиров, консервированных продуктов может способствовать развитию рака.

Одной из причин развития рака желудка являются нитросоединения, часто эндогенные. В 1970 г. в Чили было установлено, что наибольшая частота рака желудка отмечена в районах с высоким содержанием нитратов в воде и почве.

Нитраты в полости желудка легко превращаются в нитриты, которые, взаимодействуя с аминами, образуют нитросоединения, особенно при низкой кислотности желудочного сока. Даже малые количества нитрозаминов оказывают сильное канцерогенное действие в эксперименте. Образование нитритов и нитрозаминов тормозится витаминами С и Е.

H₂-блокаторы гистаминовых рецепторов первого поколения — циметидин в присутствии нитритов трансформируется в моноциметидин, который является сильным канцерогеном.

Частота развития рака желудка увеличивается при инфицировании желудка *Helicobacter Pylori*. Это связано со способностью микроорганизма вызывать инфильтративный гастрит с пролиферацией интраэпителиальных клеток, кишечной метаплазией, которые являются предраковыми состояниями. При диффузных раках *Helicobacter Pylori* наблюдается в 100% случаев.

Наиболее часто рак возникает на фоне ряда желудочных заболеваний, которые рассматриваются как фоновые (предраковые). К ним относятся: хронический атрофический гастрит, особенно с пониженной кислотностью, хроническая язва желудка, полипы желудка, пернициозная анемия, состоящая после дистальной резекции желудка, особенно по второму способу Бильрота и его модификациях.

Хронический атрофический гастрит характеризуется пролиферацией эпителия слизистой, в дальнейшем развивается клеточная метаплазия и дисплазия.

Долгое время считалось, что хроническая язва желудка способна трансформироваться в рак желудка, причем малигнизация возникает в крае воспалительно-измененных тканей. Однако многочисленные исследования показали, что лишь 10% раков желудка сочетались с хронической язвой. В настоящее время связь хронической язвы и рака желудка не рассматривается как достоверная.

Резекция желудка по поводу язвы является предрасполагающим фактором развития рака не только культи желудка, но и раков других локализаций. Основная причина развития рака – удаление дистального отдела желудка, несущего основную массу париетальных клеток, вырабатывающих хлористоводородную кислоту. На фоне гипохлоргидрии развиваются процессы метаплазии и дисплазии, которые являются предраковыми состояниями. К отрицательным моментам относится и выключение из акта пищеварения двенадцатиперстной кишки после резекции желудка в модификациях Бильрот II.

К факторам профилактики развития рака желудка относят:

- высокое содержание молока и молочных продуктов;
- большое количество овощей, фруктов, бобовых культур в пищевом рационе;
- витамины С и Е.

Клинико-анатомическая классификация рака желудка

По локализации:

1. Дистальный рак желудка (60-70%).
2. Рак тела желудка (10-15%).
3. Проксимальный рак желудка (8-10%).

По гистологическому строению:

1. Аденокарциномы - папиллярные, тубулярные, слизистые, мелкоклеточные, перстневидно-клеточные, последние выделяют в отдельную группу.
2. Плоскоклеточные карциномы.

3. Недифференцированный рак.
4. Неклассифицируемый рак.

По макроскопическому виду выделяют четыре типа роста опухоли (Vogtmann, 1926):

- I. Полипоидная одиночная хорошо отграниченная карцинома (5%). Относительно благоприятный прогноз.
- II. Язвенная карцинома с блюдцеобразно приподнятыми, четко очерченными краями (35%).
- III. Инфильтративно-язвенный тип с приподнятыми краями и частичным инфильтративным прорастанием глубоких слоев стенки, характерно раннее метастазирование (50%).
- IV. Диффузно-инфильтративная (скиррозная) опухоль, распространяется в основном в подслизистом слое (пластический линит), слизистая остается мало измененной. Опухоль трудно распознать при ФГДС (10%). Прогноз неблагоприятный (рис. 23-25).

По характеру роста Lauren (1965) выделяет интестинальный (хорошо дифференцированный) и диффузный (низкодифференцированный) типы рака.

Интестинальный рак — хорошо отграниченная опухоль, гистологически высоко дифференцированная, отмечается метapлазия эпителия по кишечному типу. Способствует развитию этого типа рака длительно существующий дуодено-гастральный рефлюкс.

Диффузный рак инфильтрирует слизистую оболочку и подслизистый слой на большом протяжении.

В таблице представлены сравнительные признаки различных типов рака желудка.

Признаки гистологически различных типов рака желудка (классификация Lauren)

| | Интестинальный тип | Диффузный тип |
|--------------------|--|--|
| Распространенность | Встречается чаще, чем диффузный тип. Высокая частота в группах риска: эпидемический тип рака | Встречается реже, чем интестинальный тип. Возможно, не связан с факторами внешней среды: эндемический тип рака |

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| Возраст | Чаще в старших возрастных группах. Редко в молодом возрасте | Нередко в молодом возрасте |
| Пол | Мужчины болеют в 2 раза чаще | Мужчины и женщины болеют одинаково часто |
| Преимущественная локализация | Антральный отдел и кардия | Тело желудка |
| Макроструктура | Опухолевидная форма | Изъязвление |
| Метастазы | Обычно в печень | Обычно в лимфатические узлы и серозную оболочку |
| Группа крови | Зависимость не установлена | Преобладает А группа |
| Наследственность | Нет доказательств | Семейная заболеваемость, связь с генетическими маркерами |
| Связь с хроническим гастритом | В околоопухолевой зоне тяжелый атрофический гастрит | Атрофический гастрит нечасто на ранних стадиях рака |
| Связь с кишечной метаплазией | Возможна прямая патогенетическая связь | В большинстве случаев связь не определяется |
| Связь с дисплазией | Связь с дисплазией интестинального типа | Связь с дисплазией фовеолярного типа |

Международная клиническая классификация рака желудка по системе TNM

Т первичная опухоль

T_x недостаточно данных для оценки первичной опухоли

T₀ первичная опухоль не определяется

T_{is} преинвазивная карцинома (carcinoma in situ): внутриэпителиальная опухоль без поражения собственной пластинки слизистой оболочки

T₁ опухоль инфильтрирует собственную пластинку слизистой оболочки или подслизистую основу

T₂ опухоль инфильтрирует мышечную оболочку до субсерозной оболочки или серозную оболочку

T₃ опухоль прорастает серозную оболочку (висцеральную брюшину) без инвазии в соседние структуры

T₄ опухоль распространяется на соседние структуры

N регионарные лимфатические узлы**N_x** недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов**N₀** нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов**N₁** метастазы в 1-6 лимфатических узлах**N₂** метастазы в 7—15 лимфатических узлах**N₃** метастазы более чем в 15 лимфатических узлах**M отдаленные метастазы****M_x** недостаточно данных для определения отдаленных метастазов**M₀** нет признаков отдаленных метастазов**M₁** имеются отдаленные метастазы**Группирование по стадиям**

| | | | |
|-------------|--|--|----------------|
| Стадия 0 | Tis | N ₀ | M ₀ |
| Стадия IA | T ₁ | N ₀ | M ₀ |
| Стадия IB | T ₁ | N ₁ | M ₀ |
| | T ₂ | N ₀ | M ₀ |
| Стадия II | T ₁ | N ₂ | M ₀ |
| | T ₂ | N ₁ | M ₀ |
| | T ₃ | N ₀ | M ₀ |
| Стадия IIIA | T ₂ | N ₂ | M ₀ |
| | T ₃ | N ₁ | M ₀ |
| | T ₄ | N ₀ | M ₀ |
| Стадия IIIB | T ₃ | N ₂ | M ₀ |
| Стадия IV | T ₄ | N ₁ , N ₂ , N ₃ | M ₀ |
| | T ₁ , T ₂ , T ₃ | N ₃ | M ₀ |
| | Любое T | Любое N | M ₁ |

Кроме этой классификации регионарного лимфатического метастазирования в настоящее время используется классификация Японской ассоциации рака желудка (Japanese Gastric Cancer Association). В ней детально описаны 16 групп регионарных лимфатических узлов, формирующих три этапа метастазирования от различных отделов желудка (рис. 22).

- ▶ Первый этап (N_1): перигастральные лимфатические коллекторы, расположенные в связочном аппарате желудка.
- ▶ Второй этап (N_2): забрюшинные лимфатические узлы, расположенные по ходу ветвей чревного ствола [лимфатические узлы по ходу левой желудочной артерии, общей печеночной артерии, чревного ствола, в воротах селезенки, по ходу селезеночной артерии].
- ▶ Третий этап (N_3): лимфатические узлы гепатодуоденальной связки, ретропанкреатодуоденальные, лимфатические узлы по ходу верхней брыжесной артерии, в корне брыжейки поперечно-ободочной кишки по ходу средней ободочной артерии, парааортальные лимфатические узлы, расположенные на различном уровне брюшной аорты, а также хиатальные и заднемедиастенальные лимфатические коллекторы для рака проксимального отдела желудка с переходом на пищевод.

При этом вовлечение лимфатических коллекторов N_1 - N_2 рассматривается как регионарное метастазирование, а вовлечение лимфатических узлов N_3 – как отдаленное метастазирование.

Метастазирование рака в отдаленные органы происходит, главным образом, по кровеносной системе, при этом поражаются печень, легкие, плевра, головной мозг, поджелудочная железа, почки, надпочечники, кости. Часто наблюдаются лимфогенное метастазирование в надключичные лимфоузлы между ножками левой кивательной мышцы (метастаз Вирхова), ретроградное лимфатическое метастазирование в пупок. Кроме того, бывает имплантационное метастазирование, когда развивается обсеменение брюшины раковыми клетками.

В малом тазу появляются отдаленные метастазы в заднее дугласово пространство (Шницлера), а у женщин в яичники (Крукенберга).



Рис. 22. Схематическое изображение коллекторов лимфатических узлов, где возникают метастазы при раке желудка.



Рис. 23. Полипоз желудка
с переходом в рак
(В.Г.Астапенко, Н.Н.Малиновский, 1979)

Рис. 24. Блюдцевидная
аденокарцинома желудка
(В.Г. Астапенко, Н.Н.Малиновский, 1979)



Рис. 25. Рак желудка
в виде крупнобугристого
узла средней трети
(В.Г.Астапенко. Н.Н.Малиновский, 1979)

Клиническая картина рака желудка

Течение заболевания зависит от локализации патологического процесса, характера и быстроты роста опухоли, характера функциональных нарушений, осложнений, наличия отдаленных метастазов. Начальный период заболевания может протекать малосимптомно или вообще бессимптомно. Выделяют общие и местные симптомы заболевания. К сожалению все эти симптомы поздние.

Общие симптомы отражают реакцию организма на опухолевой процесс. Больные раком желудка ощущают нарастающую слабость, апатию, повышенную утомляемость, отмечают снижение трудоспособности. Отмечаются стойкое понижение или потеря аппетита, вплоть до отвращения к еде или к некоторым видам пищи (мясо, рыба), прогрессирующее похудание, нарастающая анемия, которая обусловлена скрытой кровопотерей и раковой интоксикацией. Скрытая кровь в кале обнаруживается в 90-95% случаев у больных раком желудка. В результате распада опухоли, развития воспалительных процессов в ней, интоксикации наступает повышение температуры тела. Отмечают несколько типов температурных реакций: периодический субфебрилитет, постоянный субфебрилитет, субфебрилитет с подъемом температуры до 38-39°, постоянно высокая температура.

К местным симптомам относят потерю физиологического удовлетворения от насыщения едой с появлением неприятных желудочных симптомов, чувства тяжести или давления в подложечной области, ощущение переполнения или распирания желудка, отрыжка, тошнота, иногда рвота.

При локализации опухоли в кардиальном отделе желудка вначале появляются признаки задержки пищи на уровне мочевидного отростка грудины, при переходе опухоли на пищевод – дисфагия.

Может быть усиленное слюнотечение, рефлексорное срыгивание небольших количеств пищи, изредка икота. У многих больных отмечается иррадиация боли в левую половину грудной клетки и в левую руку (стенокардитическая форма рака желудка), что приводит к диагностическим ошибкам.

При раке тела желудка заболевание длительное время протекает бессимптомно. В более позднем периоде появляются боли, которые достигают значительной интенсивности при прорастании опухоли в соседние органы (например, в поджелудочную железу).

При раке антрального отдела и привратника симптоматика обусловлена нарушением эвакуации из желудка и гастроптозом. Больные жалуются на отрыжку, чувство тяжести в подложечной области после приема пищи, иногда рвоту. При сукуссии шум плеска в желудке натошак.

Выделяют атипичные формы течения рака желудка.

Гастралгическая (болевая) форма наиболее выражена при язвенно-инфильтративных формах, когда имеется прорастание рака в поджелудочную железу, солнечное сплетение, брыжейку тонкой или толстой кишки.

Диспептическая форма характеризуется преобладанием общих симптомов, потерей аппетита, отвращением к пище, явлениями желудочного дискомфорта.

Анемическая форма обусловлена постоянной скрытой кровопотерей при распадающихся интестинальных опухолях.

При развивающейся ахлоргидрии характерны нарушения расщепления белков, вследствие чего возникают поносы, урчание в животе – энтероколитическая форма.

Симптомы кишечной непроходимости у больных раком желудка могут свидетельствовать о прорастании опухоли поперечно-ободочной или тонкой кишки, метастазах в брыжейку. Появление асцита обусловлено диссеминацией опухоли по брюшине и метастазами в печень. Желтуха свидетельствует о сдавлении желчных путей (метастазы в печень и лимфоузлы ворот печени и печеночно-двенадцатиперстной связки).

Атипичные клинические симптомы злокачественных опухолей, в частности, рака желудка, могут быть обусловлены паранеопластическими синдромами. Паранеопластические синдромы – это разнообразные неспецифические патологические проявления злокачественных опухолей. Они являются результатом влияния опухолей на обменные, иммунные, гормональные реакции.

Синдром черного акантоза обусловлен гормональными нарушениями и характеризуется повышенной пигментацией кожи с сосочковыми и бородавчатыми разрастаниями от желтого до черного цвета. Чаще всего поражается кожа подмышечных впадин, задней поверхности шеи, локтевых сгибов.

Синдром дерматомиозита – воспаление поперечно-полосатой мускулатуры и кожи. По клиническому течению протекает как обычный дерматомиозит, чаще поражаются мышцы плечевого пояса, грудной клетки, бедра.

Синдром красной волчанки (эритема) – эритематозные высыпания на коже лица, груди, бедер.

Возможно развитие церебральной атаксии с деменцией, синдрома Иценко-Кушинга.

При раке желудка иногда развивается гиперкоагуляция и, вследствие этого, возникают «беспричинные» тромбозы глубоких и варикозно измененных поверхностных вен нижних конечностей (синдром идиопатического венозного тромбоза).

Диагностика

Для исследования наличия и характера опухолевой инфильтрации по желудку необходимо выполнение рентгено-логического и эндоскопического исследований.

Рентгенологическое исследование выявляет дефект наполнения, конвергенцию и ригидность складок слизистой, отсутствие перистальтической волны.

Эндоскопическое исследование с прицельной гастробиопсией позволяет диагностировать рак желудка у 95-98% исследуемых больных.

В последние годы внедряется метод эндоскопического ультразвукового исследования. Метод сочетает в себе возможности эндоскопического исследования с локальным ультразвуковым исследованием, позволяет определять интрамуральную распространенность процесса.

УЗИ позволяет выявить метастазы в печень, наличие свободной жидкости в брюшной полости, а также толщину стенки желудка. В стандартный объем ультразвуковой диагностики необходимо включить исследования лимфатического коллектора шейно-надключичной области (выявление Вирховского метастаза), а у женщин органов малого таза.

С целью выявления метастазов в печень, забрюшинных лимфоузлов применяется компьютерная томография.

Лапароскопия является обязательным методом исследования при раке желудка, при этом исследуются мазки-отпечатки с поверхности желудка и париетальной брюшины боковых отделов живота. С целью повышения диагностических возможностей лапароскопии в последние годы широко внедряется методика лапароскопической ультразвуковой компьютерной диагностики. Эта методика значительно повышает разрешающую способность исследования, особенно паренхимы печени и состояния забрюшинного пространства.

Во время операции необходимо производить цитологическое исследование пунктата лимфатических узлов.

Лечение

Хирургический метод остается «золотым» стандартом радикального лечения рака желудка.

Различают следующие радикальные операции:

- 1) субтотальная дистальная резекция желудка;
- 2) субтотальная проксимальная резекция желудка;
- 3) гастрэктомия.

Объем и характер операции зависят от показаний, типа, характера роста опухоли, её гистологического строения, наличия метастазов.

При экзофитных локализованных формах роста опухоли необходимо отступать от края опухоли минимум на 6 см в проксимальном

направлении, а при инфильтративных формах минимум на 8 см в проксимальном направлении.

Субтотальная дистальная резекция желудка заключается в удалении дистального отдела желудка вместе с большим и частью малого сальника. Линия отсечения желудка проходит от места впадения пищевода в желудок и проходит по направлению к большой кривизне до уровня нижнего полюса селезенки. Левая желудочная артерия переязывается у её отхождения от чревного ствола. Восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта осуществляют наложением гастрозентероанастомоза по способу Бильрот-II в её модификациях (Бальфур).

Субтотальная проксимальная резекция желудка применяется при небольших опухолях кардии и дна желудка, в случае отсутствия регионарных метастазов. При данной операции удаляется полностью малая кривизна желудка, сальники. Пищевод пересекают на 3-5 см выше видимого края опухоли. Резецируют проксимальную часть желудка, накладывают пищеводно-желудочный анастомоз. В настоящее время эта операция применяется редко, так как считается недостаточно радикальной.

Гастрэктомия – полное удаление желудка с большим и малым сальником, накладывается эзофагоюноанастомоз.

Во всех случаях радикальная операция включает лимфодиссекцию – моноблочное удаление не только лимфатических узлов, но и всего лимфатического аппарата (лимфатических сосудов и окружающей жировой клетчатки) в пределах фасциальных футляров. Лимфодиссекция первого и второго этапов (N_1 и N_2) в настоящее время считается обязательной.

В случае прорастания опухоли в соседние органы производятся расширенные (комбинированные) операции – удаление желудка вместе с пораженным органом или его частью. В настоящее время при наличии одноклеточных метастазов в печень или легкое проводят радикальную операцию на желудке дополненную резекцией соответствующей доли печени или легкого с хорошими отдаленными результатами.

По данным РОНЦ РАМН, показанием к выполнению дистальной субтотальной резекции желудка является локальный неинфильтративный тип опухоли (Vogtman-I, II), локализованный в антральном отделе желудка, без перехода на угол желудка. Во всех случаях инфильтративных опухолей, а также при локализованных экзофитных опухолях с переходом на тело желудка обязательным является выполнение гастрэктомии (М.И.Давыдов, М.Д.Тер-Ованесов, 2003). Учитывая частоту локализации и тип опухолей при лечении рака желудка более 80% должна составлять гастрэктомия.

Лучевая терапия при раке желудка малоэффективна.

Химиотерапевтическое лечение 5-фторурацилом, доксорубицином, митомичином также не дает желаемого эффекта и используется, главным образом, при неоперабельных раках. при сомнениях в радикальности хирургического вмешательства, при отказе больных от операции.

Прогноз: пятилетняя выживаемость после радикальных операций составляет при раке дистального отдела желудка 20-22%, раке тела желудка – 18-20%, раке проксимального отдела желудка – 18-20%.

При неоперабельных раках желудка проводят паллиативные операции, т. е. облегчающие состояние больного. При раке кардиального отдела с переходом на пищевод и клинически выраженной дисфагией накладывают гастростому, иногда эзофагоэуноанастомоз или эзофагогастроанастомоз. При раке дистального отдела желудка накладывают гастроэнтероанастомоз. При кровотечениях из распадающейся опухоли, развитии гнойно-воспалительного процесса в опухоли в случае подвижности желудка можно произвести паллиативную резекцию желудка.

Ситуационные задачи

1. Во время операции у больного раком желудка опухоль обнаружена на границе антрального отдела желудка и привратника. Опухоль диаметром до 3 см. Она не прорастает серозную оболочку. В лимфатических узлах большого сальника определяются отдельные регионарные метастазы.

Какая операция может быть выполнена?

2. Во время операции у больного раком желудка обнаружена экзофитно растущая опухоль тела желудка размером 3х4 см, не прорастающая серозную оболочку. Имеются видимые метастазы в лимфатических узлах большого сальника.

Какого объема операция может быть выполнена?

3. У больного раком желудка во время операции была обнаружена экзофитно растущая опухоль передней стенки желудка диаметром 3 см, переходящая на пищевод (захватывает не более 1 см). Прорастания опухоли в соседние органы и ткани нет, видимых метастазов не обнаружено.

Какая операция может быть выполнена?

4. У больной 58 лет 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. Больная резко истощена. При обследовании диагностирован рак кардиального отдела желудка с переходом на абдоминальный отдел пищевода. Над левой ключицей пальпируется конгломерат плотных лимфатических узлов.

Какова ваша тактика в лечении больной? Какие варианты лечебных мероприятий можно применить в данном случае?

5. Мужчина 65 лет поступает в клинику жалобами на слабость, боли постоянного характера в эпигастрии, отсутствие аппетита, отвращение к мясным блюдам, тяжесть в эпигастрии после еды. Из анамнеза: страдает хроническим анацидным гастритом около 15 лет.

1. Наиболее вероятный диагноз?
 - а) Язвенная болезнь желудка
 - б) Обострение хронического гастрита
 - в) Хронический панкреатит
 - г) Рак желудка
 - д) Рак пищевода
2. Наиболее информативный метод исследования
 - а) Лапароскопия
 - б) УЗИ органов брюшной полости
 - в) Фиброгастроскопия с биопсией
 - г) Обзорная Rtg-графия органов брюшной полости
 - д) Рентгеноскопия желудка
3. Какие химические соединения являются канцерогенами
 - а) Нитраты
 - б) Нитрозамины
 - в) Хлорид натрия
 - г) Сульфат натрия
 - д) Бикарбонат натрия
4. Какая группа крови чаще встречается у больных раком желудка?
 - а) O(I) первая
 - б) A(II) вторая
 - в) B(III) третья
 - г) AB(IV)
 - д) Все группы
5. Наиболее чаще раковая опухоль локализуется в области:
 - а) Кардиального отдела
 - б) Дна желудка
 - в) Тела желудка
 - г) Большой кривизны
 - д) Пилороантральной зоне

6. Пищевые факторы, оказывающие влияние на возникновение рака желудка:

- а) Пережаренные жиры
- б) Соления и маринады
- в) Однообразная пища
- г) Фрукты и овощи
- д) Молочные продукты

7. Эндогенные факторы, влияющие на возникновение рака желудка:

- а) pH крови
- б) Дуоденогастральный рефлюкс желчи
- в) Концентрация Ca^{++} в крови
- г) Уровень α -амилазы в крови
- д) Соотношение ЛПВП и ЛПНП

8. Основные предраковые заболевания желудка:

- а) Болезнь Менетрие
- б) Пернициозная анемия
- в) Хронический атрофический гастрит
- г) Резецированный желудок
- д) Язвенная болезнь 12 п. кишки

9. Для диффузного типа рака желудка (Lauren) характерно:

- а) Встречается нередко в молодом возрасте
- б) Семейная заболеваемость
- в) Локализация в теле желудка
- г) Форма опухолевидная
- д) Метастазирование обычно в лимфатические узлы

10. Дифференциальную диагностику рака желудка нужно проводить с заболеваниями:

- а) Полипоз желудка
- б) Язвенная болезнь желудка
- в) Доброкачественные опухоли желудка
- г) Хронический гастрит
- д) Ахалазия пищевода

11. Характерный тип роста опухоли желудка по классификации Бормана:

- а) Скиррозная диффузно-инфильтративная форма

- б) Полипозный
 - в) Опухолевидная
 - г) Язвенный
 - д) Инфильтративно-язвенный
12. Клинические формы рака желудка:
- а) Гастролгическая
 - б) Диспептическая
 - в) Анемическая
 - г) Интерметирующая
 - д) Фебрильная
13. Для рака желудка характерны метастазы
- а) Шницлера
 - б) В пупок
 - в) В лимфоузел Труазье
 - г) Крукенберга
 - д) Вирхова
14. Доброкачественные опухоли желудка:
- а) Лейомиома
 - б) Фиброма
 - в) Саркома
 - г) Невринома
 - д) Нейрофиброма
15. К радикальным операциям при раке желудка относятся:
- а) Дистальная субтотальная резекция желудка
 - б) Задний гастроэнтероанастомоз по Петерсену
 - в) Комбинированные операции
 - г) Проксимальная субтотальная резекция желудка
 - д) Гастрэктомия
16. К паллиативным операциям при раке желудка относят:
- а) Обходной гастроэнтероанастомоз
 - б) Реканализация кардии, гастро- и еюностомия
 - в) Субтотальная резекция желудка
 - г) Гастростомия
 - д) Эзофагофундоанастомоз

17. Для рака пилорического отдела желудка характерно:
- а) Чувство тяжести, распирания в эпигастрии
 - б) Рвота недавно съеденной пищей
 - в) Дурно пахнущая отрыжка
 - г) Дисфагия
 - д) Прогрессивное похудание
18. Основные рентгенологические признаки рака желудка:
- а) Ниша в дефекте наполнения
 - б) Сужение просвета органа
 - в) Ригидность стенки и отсутствие перистальтики в зоне поражения
 - г) Картина «пламени перевернутой свечи»
19. При операции выявлена опухоль тела желудка, прорастающая в малый сальник с перфорацией висцеральной брюшины, покрывающей его. По признаку первичной опухоли (Т) классификации TNM это:
- а) Т₄
 - б) Т₁
 - в) Т₂
 - г) Т₀
 - д) Т₃
20. Противопоказания к радикальным операциям при раке желудка:
- а) Множественные отдаленные метастазы в печень, легкие
 - б) Метастазы Шницлера, Крукенберга
 - в) Карциноматоз брюшины
 - г) Прорастание опухоли в селезенку и хвост поджелудочной железы
 - д) Асцит
21. При инфильтративно-язвенных формах рака желудка линия резекции во время радикальной операции должна отступать от краев опухоли вверх к пищеводу не менее:
- а) 2-3 см
 - б) 8-10 см
 - в) 5-6 см
 - г) 3-4 см
 - д) до 1 см

Тестовый контроль знаний

В вопросах 1 - 9 выберите наиболее правильный ответ (ответы):

1. При подозрении на рак желудка должна проводится прицельная биопсия. Из скольких точек необходимо брать биопсию?

- А. Из 1
- В. Из 2-3
- С. Через каждые 0,5 см
- Д. Через каждый 1,0 см
- Е. Через 2 см

2. Какой отдел желудка наиболее часто поражается раком?

- А. Кардиальный отдел
- В. Антральный отдел
- С. Тело желудка
- Д. Пилорический канал
- Е. Дно желудка

3. Какой признак не является противопоказанием к радикальной операции при раке желудка?

- А. Метастаз Вирхова
- В. Раковый асцит
- С. Метастазы в печень
- Д. MTS по ходу а. gastrica sinistra
- Е. Карциноматоз брюшины

4. Какой метод исследования наиболее информативен при подозрении на инфильтративно-язвенную форму рака желудка?

- А. Рентгеноскопия желудка
- В. Фиброгастроскопия с биопсией
- С. Компьютерная томография
- Д. Лапароскопия
- Е. УЗИ

5. Какие из приведенных заболеваний не являются предраковыми заболеваниями желудка?

- А. Резецированный желудок
- В. Ахилический гастрит
- С. Полипоз желудка
- Д. Хроническая язва желудка
- Е. Лейомиома желудка

6. Для категории T₃ при раке желудка не характерно
- Опухоль прорастает мышечный слой
 - Опухоль прорастает серозную оболочку без инвазии в соседние органы
 - Опухоль инфильтрирует подслизистый слой
 - Подвижность желудка не сохранена
 - Подвижность желудка ограничена
7. Назовите признак, не характерный для категории T₄ при раке желудка:
- Опухоль прорастает всю толщу стенки желудка
 - Опухоль ограничивает подвижность желудка
 - Опухоль распространяется на забрюшинное пространство
 - Опухоль не распространяется за пределы мышечного слоя
 - Наблюдается инвазия опухоли в поджелудочную железу
8. Для категории N₁ при раке желудка характерно:
- Имеются метастазы в 5-ти перигастральных лимфоузлах
 - Имеются метастазы в лимфоузлах по ходу левой желудочной артерии
 - Имеются метастазы в лимфоузлах по ходу общей печеночной или селезеночной артерий
 - Имеются метастазы в 11 перигастральных лимфоузлах
 - Имеются метастазы в лимфоузлах вдоль чревной артерии
9. Укажите симптом, который не характерен для рака пилорического отдела желудка:
- Чувство тяжести, полноты и распирания в эпигастрии
 - Схваткообразная боль на фоне усиленной перистальтики желудка
 - Часто рвота с примесью желчи
 - Отрыжка тухлым
 - Рвота пищей, съеденной накануне

В вопросах 10 - 18 приведены симптомы заболеваний. Укажите, при каких заболеваниях они встречаются ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| 10. Симптомы желудочного дискомфорта | А. Язвенная болезнь тела желудка |
| 11. Утрата сезонности болей | В. Рак желудка |
| 12. Периодически бывает рвота | С. А+В |

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 13. "Голодные" ночные боли | Д. Язвенная болезнь 12-перстной кишки |
| 14. Извращение вкуса, отвращение к мясной или рыбной пище | Е. А+В+Д |
| 15. Наблюдается чаще у лиц с группой крови А(II) | |
| 16. Прогрессирующее похудание | |
| 17. Скрытая кровь в кале | |
| 18. При рентгеноскопии желудка определяется дефект наполнения | |

В вопросах 19 - 23 приведены локализации патологического процесса. Выберите соответствующие им оперативные вмешательства ("вопрос-ответ"):

- | вопрос | ответ |
|--|--|
| 19. Экзофитный рак кардиального отдела желудка | А. Дистальная субтотальная резекция желудка |
| 20. Рак антрального отдела желудка | В. Лапаротомия |
| 21. Рак тела желудка T4N2M1 | С. Проксимальная субтотальная резекция желудка |
| 22. Рак кардиального отдела желудка T4N2M1 с выраженными явлениями дисфагии | Д. Гастроэнтероанастомоз |
| 23. Рак антрального отдела желудка с явлениями декомпенсированного стеноза привратника и Вирховским метастазом | Е. Гастростомия |

В вопросах 24 - 31 приведены признаки, характеризующие рак желудка. Определите, какой категории Т они соответствуют ("вопрос-ответ"):

- | вопрос | ответ |
|---|---------------------------|
| 24. Опухоль прорастает серозную оболочку без инвазии в соседние структуры | А. Опухоль T ₅ |
| 25. Опухоль распространяется на забрюшинное пространство с прорастанием в надпочечник или почку | В. Опухоль T ₁ |
| | С. Опухоль T ₂ |
| | Д. Опухоль T ₃ |
| | Е. Опухоль T ₄ |

26. Опухоль инфильтрирует стенку желудка до подслизистого слоя
27. Опухоль распространяется на диафрагму или печень
28. Интраэпителиальная опухоль без инвазии в базальную мембрану
29. Опухоль прорастает мышечный слой желудка
30. Опухоль распространяется на тонкую или поперечно-ободочную кишку
31. Наблюдается инвазия опухоли в поджелудочную железу или селезенку

В вопросах 32 - 36 перечислены операции. Укажите заболевания, при которых они применяются ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|---|
| 32. Дистальная субтотальная резекция желудка | А. Рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод |
| 33. Трансторакальная проксимальная субтотальная резекция желудка | В. Рак антрального отдела желудка |
| 34. Селективная проксимальная ваготомия, пилоропластика | Д. Субкардиальная язва желудка |
| 35. Гастрэктомия | Е. Язва 12-перстной кишки |
| 36. Лестничная резекция желудка | |

В вопросах 37 - 59 выберите наилучшую комбинацию ответов по схеме:

| А | В | С | Д | Е |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| если верно только | если верно только | если верно только | если верно только | если все правильно |
| 1, 2, 3 | 1, 3 | 2, 4 | 4 | |

37. Назовите предраковые заболевания желудка:
1. Лейомиома желудка
 2. Хронический анацидный гастрит
 3. Стресс-язва
 4. Полипоз желудка

38. Гистологические формы рака желудка:
1. Аденокарцинома
 2. Недифференцированный рак
 3. Плоскоклеточный рак
 4. Перстневидноклеточный рак
39. Назовите наиболее типичные лимфогенные метастазы рака желудка:
1. В лимфоузел Вирхова
 2. В лимфоузел Пирогова
 3. В пупок
 4. В лимфоузел Зоргиуса
40. Какие операции Вы примените при раке антрального отдела желудка $T_3N_2M_1$ с клиникой кровотечения и стеноза привратника?
1. Гастрэктомия
 2. Гастроэнтероанастомоз
 3. Дистальная субтотальная резекция желудка
 4. Паллиативная дистальная резекция желудка
41. Для рака тела желудка наиболее характерны:
1. Дисфагия
 2. Симптомы стеноза привратника
 3. Рвота непереваренной пищей
 4. Скрытое течение
42. Клинические симптомы, наиболее характерные для рака антрального отдела желудка:
1. Боли в эпигастрии с иррадиацией в сердце
 2. Чувство тяжести в эпигастрии после еды
 3. Дисфагия
 4. Рвота
43. Радикальные операции, применяемые при раке желудка:
1. Субтотальная дистальная резекция желудка
 2. Субтотальная проксимальная резекция желудка
 3. Гастрэктомия
 4. Антрумэктомия
44. Клинические симптомы, наиболее характерные для рака кардального отдела желудка:
1. Боль в эпигастрии с иррадиацией в сердце

2. Дисфагия
3. Быстрое истощение
4. "Шум плеска" в желудке

45. Предраковыми заболеваниями желудка являются:

1. Пернициозная анемия
2. Хроническая язва желудка
3. Полипоз желудка
4. Болезнь Менетрие

46. К признакам малигнизации язвы желудка относятся:

1. Изменение периодичности и цикличности в течении язвенной болезни
2. Прогрессирующее повышение кислотности желудочного сока
3. Постоянное наличие в кале скрытой крови
4. Прослеживается четкая взаимосвязь болевого синдрома с приемом пищи

47. Рентгенологическими признаками малигнизации язвы желудка являются:

1. "Ниша" диаметром более 2 см
2. Инфильтративный вал вокруг "ниши"
3. Изменения рельефа слизистой оболочки вокруг "ниши"
4. Усиленная перистальтика желудка

48. Полипы желудка подразделяются на:

1. Гиперпластические или гиперрегенераторные
2. Железистые или аденоматозные
3. Воспалительно - фиброматозные
4. Ворсинчатые

49. Макроскопические формы рака желудка с экзофитным ростом опухоли:

1. Бляшковидный рак
2. Полипообразный рак
3. Блюдцеобразный рак
4. Инфильтративный рак

50. Регионарными лимфатическими узлами при раке желудка являются лимфоузлы, расположенные:

1. Вдоль малой и большой кривизны желудка

2. В области чревного ствола
 3. Вдоль левой желудочной, общей печеночной и селезеночной артерий
 4. По ходу брюшного отдела аорты
51. Для категории N₂ при раке желудка характерно:
1. Имеются метастазы в 7 перигастральных лимфоузлах
 2. Имеются метастазы в перигастральных лимфоузлах, расположенных на расстоянии более 3 см от края первичной опухоли
 3. Имеются метастазы в лимфоузлах по ходу общей печеночной, левой желудочной или селезеночной артерии
 4. Имеются метастазы в 5 перигастральных лимфоузлах
52. Постоянная интенсивная боль в эпигастрии при раке желудка, возникшем из хронической язвы обусловлена:
1. Воспалением в результате присоединения инфекции
 2. Повышением активности кислотно-пептического фактора
 3. Сдавлением нервных стволов метастазами в лимфатические узлы
 4. Усилением перистальтической активности желудка и спастическим сокращением привратника
53. Для рака кардиального отдела желудка характерны:
1. Боль в эпигастрии с иррадиацией в сердце
 2. Обильная рвота пищей, съеденной накануне
 3. Дисфагия
 4. Бессимптомное течение
54. Для рака тела желудка характерно:
1. Дисфагия
 2. Длительное время протекает бессимптомно
 3. Выраженная гастрэктазия
 4. Местные симптомы появляются поздно
55. К осложнениям рака желудка относятся:
1. Кровотечение
 2. Перфорация
 3. Некроз опухоли и ее метастазов
 4. Нарушение эвакуации
56. Гистологически различают следующие типы рака желудка (Lauren):

1. Интестинальный тип
2. Легочный
3. Диффузный тип
4. Печеночный

57. Для диффузного рака желудка характерно:

1. Часто у молодых
2. Одинаково часто у мужчин и женщин
3. Чаще в теле желудка
4. Семейная заболеваемость, связь с генетическими маркерами

58. К имплантационным метастазам рака желудка, обусловленным собственным перемещением раковых клеток по брюшной полости относятся:

1. Метастаз Шницлера
2. Карциноматоз брюшины
3. Метастаз Крукенберга
4. Метастаз Вирхова

59. Для кишечного типа рака желудка характерно:

1. Встречается чаще диффузного
2. Рано метастазирует
3. Чаще встречается у мужчин
4. Чаще поражается кардия

В вопросах 60 - 65 определите верно или неверно каждое из двух утверждений, далее определите верна или нет причинная взаимосвязь между ними:

| Ответ | Утверждение 1 | Утверждение 2 | Взаимосвязь между 1 и 2 утверждениями |
|-------|---------------|---------------|--|
| А | верно | верно | верна |
| В | верно | верно | неверна |
| С | верно | неверно | неверна |
| Д | неверно | верно | неверна |
| Е | неверно | неверно | неверна |

60. При аденоматозном полипе антрального отдела желудка диаметром до 2 см возникает чаще диффузный рак (утверждение 1), потому что одиночный аденоматозный полип антрального отдела желудка связан с кишечной метаплазией (утверждение 2).

61. При инфильтративном раке антрального отдела желудка с переходом на тело ($T_3N_1M_0$) больному показана дистальная субтотальная резекция желудка (утверждение 1),
потому что
при этой операции удаляется большой и малый сальник (утверждение 2).
62. При тотальном раке желудка $T_4N_2M_0$ с явлениями дисфагии больному показано наложение гастростомы для питания (утверждение 1),
потому что
эта операция позволит спасти больного от голодной смерти (утверждение 2).
63. При анацидном хроническом гастрите больному показана резекция желудка (утверждение 1),
потому что
хронический анацидный гастрит является предраковым заболеванием (утверждение 2).
64. При раке кардиального отдела желудка показана проксимальная субтотальная резекция желудка (утверждение 1),
потому что
в ранних стадиях рака она физиологичнее гастрэктомии (утверждение 2).
65. У женщин, страдающих раком желудка обязательно вагинальное исследование (утверждение 1),
потому что
при этом выявляются метастазы Крукенберга (утверждение 2).

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Какие артерии васкуляризируют желудок?
2. Назовите три этапа лимфогенного метастазирования от различных отделов желудка.
3. Какие предраковые заболевания желудка Вы знаете? Какие встречаются полипы желудка?
4. Ваша тактика при полипе желудка, при полипозе?
5. В каком возрасте чаще встречается рак желудка?
6. Назовите наиболее частую локализацию опухоли в отделах желудка.

7. Какие гистологические формы рака желудка Вы знаете?
8. Назовите четыре макроскопических типа роста рака желудка (по Voigtman) Их различия.
9. Каким путем происходит метастазирование рака желудка?
10. Назовите типичные отдаленные метастазы рака желудка.
11. Назовите международную классификацию рака желудка по системе TNM.
12. Перечислите характерные симптомы рака желудка.
13. Какие клинические формы рака желудка Вы знаете? Какие признаки характеризуют кардиальную форму рака желудка?
14. Назовите рентгенологические признаки рака желудка.
15. Назовите клинические признаки неоперабельности рака желудка.
16. Назовите преимущества фиброэндоскопического исследования желудка в диагностике.
17. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз при раке желудка?
18. Назовите этапы операции субтотальной резекции желудка. Какие существуют различия в ходе и объеме операции при язве и раке желудка?
19. В каких случаях больным показана гастрэктомия?
20. Назовите паллиативные операции при раке желудка. Что такое паллиативная резекция желудка и какие условия ее выполнения?
21. Какую операцию следует применить при стенозирующем раке привратника, который прорастает в головку поджелудочной железы?
22. Какие принципы ведения послеоперационного периода?
23. Какие препараты используются для химиотерапии рака желудка?
24. Кому показана химиотерапия?

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) - широко распространенное заболевание. В Европе и Северной Америке встречается у 20-30% женщин и несколько более чем 10% у мужчин. С возрастом заболеваемость резко возрастает. После 40-летнего возраста этот показатель достигает 40%, а после 70-летнего - 50%. Желчнокаменной болезнью чаще болеют женщины. Соотношение частоты заболеваемости мужчин и женщин в Западной Европе и Северной Америке составляет 1:2,6, в бывшем СССР - 1:5.

МКБ 10

| | |
|------------|--|
| | Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей (K80-K85) |
| K80 | Желчнокаменная болезнь [холелитиаз] |
| K80.0 | Камни желчного пузыря с острым холециститом |
| K80.1 | Камни желчного пузыря с другим холециститом |
| K80.2 | Камни желчного пузыря без холецистита |
| K80.3 | Камни желчного протока с холангитом |
| K80.4 | Камни желчного протока с холециститом |
| K80.5 | Камни желчного протока без холангита или холецистита |
| K80.8 | Другие формы холелитиаза |
| K81 | Холецистит |
| K81.0 | Острый холецистит |
| K81.1 | Хронический холецистит |
| K81.8 | Другие формы холецистита |
| K81.9 | Холецистит неуточненный |
| K82 | Другие болезни желчного пузыря |
| K82.0 | Закупорка желчного пузыря |
| K82.1 | Водянка желчного пузыря |
| K82.2 | Прободение желчного пузыря |
| K82.3 | Свищ желчного пузыря |
| K82.4 | Холестероз желчного пузыря |
| K82.8 | Другие уточненные болезни желчного пузыря |
| K82.9 | Болезнь желчного пузыря неуточненная |
| K83 | Другие болезни желчевыводящих путей |
| K83.0 | Холангит |
| K83.1 | Закупорка желчного протока |
| K83.2 | Прободение желчного протока |

| | |
|-------|--|
| K83.3 | Свищ желчного протока |
| K83.4 | Спазм сфинктера Одди |
| K83.5 | Желчная киста |
| K83.8 | Другие уточненные болезни желчевыводящих путей |
| K83.9 | Болезнь желчевыводящих путей неуточненная |

Анатомия желчевыводящей системы

Левый и правый печеночные протоки, выходя из долей печени, образуют общий печеночный проток (ductus hepaticus). Ширина его от 0,4 до 0,7 см, длина 3-4 см. В начальном отделе общего печеночного протока отмечается утолщение волокон гладких мышц (сфинктер Мирizzi). Общий печеночный и пузырный протоки, сливаясь, образуют общий желчный проток (ductus choledochus).

Холедох имеет четыре отдела: супрадуоденальный (от слияния общего печеночного с пузырным до наружного края двенадцатиперстной кишки); ретродуоденальный (от наружного края двенадцатиперстной кишки до головки поджелудочной железы), панкреатический (проходит позади головки поджелудочной железы или через ее паренхиму); интрамуральный отдел (проходит в толще двенадцатиперстной кишки) (рис. 26). Длина общего желчного протока от 4 до 12 см, ширина до 0,7 см. Холедох заканчивается фатеровым сосочком, в ампулу которого впадает вирсунгов проток и где имеется мышечный сфинктер Одди.

Желчный пузырь представляет собой тонкостенный резервуар, расположенный на нижней поверхности печени грушевидной формы. Вместимость его, 60-80 мл, но он способен значительно расширяться. Анатомически в нем выделяют дно, тело, шейку. Шейка переходит в пузырный проток. Между шейкой и телом желчного пузыря расположенная сзади часть пузыря носит название кармана Гартмана (рис. 27). В этом кармане часто находятся конкременты. Стенка желчного пузыря состоит из гладкомышечных клеток и соединительной ткани. Мышечный слой формируется из пучков мышечных волокон, идущих в продольном и циркулярном направлениях. При растяжении желчного пузыря между ними образуются щели в виде решеток, где подслизистый слой непосредственно соприкасается с серозной оболочкой. Эти щели носят название синусы Рокитанского-Ашоффа (рис. 28).

В стенке желчного пузыря, прилегающей к ткани печени, имеются aberrantные печеночные каналы (ходы Люшка) (рис. 28). Они начинаются от мелких внутрипеченочных протоков, через ткань печени проникают в стенку желчного пузыря, слепо заканчиваясь в стенке бухтообразным расширением, не впадая в желчный пузырь.

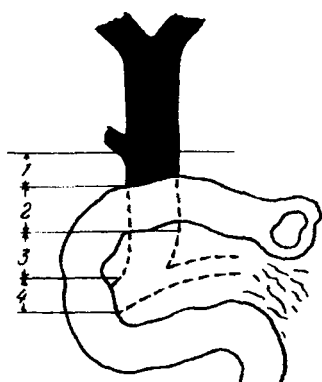


Рис. 26. Отделы общего желчного протока
(по Гришину И.Н., 1989):

- 1 – супрадуоденальный;
- 2 – ретродуоденальный;
- 3 – панкреатический;
- 4 – дуоденальный.

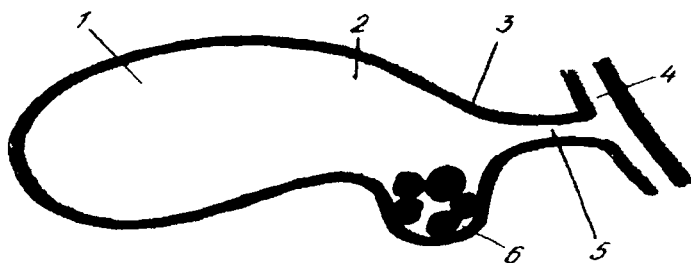


Рис. 27. Схема желчного пузыря (по Гришину И.Н., 1989):

- 1 – дно; 2 – тело; 3 – шейка; 4 – желчный проток;
- 5 – пузырный проток; 6 – карман Гартмана.

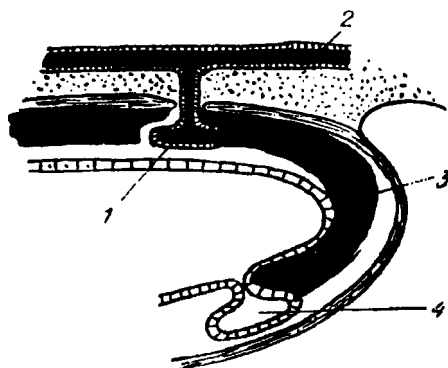


Рис. 28. Ходы Люшка (1) и синусы Рокитанского-Ашофа (4);
2 – внутрипеченочные протоки;
3 – мышечный слой желчного пузыря (по Гришину И.Н., 1989).

Слизистая желчного пузыря образует многочисленные складки. В области шейки и пузырного протока слизистая образует дистальный спиралевидный клапан Гейстора. Несмотря на название, он не несет клапанных функций. В области границы шейки и пузырного протока при наличии конкрементов образуется гипертрофия мышечного слоя - патологический сфинктер Люткенса.

Кровоснабжение желчного пузыря осуществляется пузырной артерией, которая у 80% людей является ветвью правой печеночной артерии. Пузырный проток, пузырная артерия и общий печеночный проток образуют треугольник Кало, который нужно стремиться визуализировать во время операции холецистэктомии, чтобы избежать повреждения желчевыводящих путей и сосудов (рис. 29). Венозный отток осуществляется по пузырной вене, которая впадает в воротную вену.

Двигательная иннервация желчного пузыря осуществляется посредством волокон блуждающего нерва и постганглионарных волокон из чревных ганглиев, чувствительная иннервация осуществляется симпатическими волокнами от корешковых ганглиев на уровне Th₈₋₉.

Желчь, вырабатываемая в печени, состоит из желчных пигментов (билирубина), холестерина, желчных кислот, фосфолипидов. В сутки выделяется в кишечник 700-1000 мл желчи. Каждый компонент желчи играет важную роль в процессе расщепления и всасывания биологиче-

ских веществ, поступающих в кишечник. Желчные кислоты в тонкой кишке всасываются и по воротной вене возвращаются в печень, где вновь участвуют в образовании желчи (энтерогепатическая циркуляция).

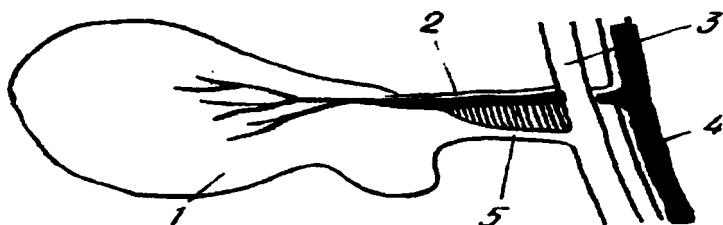


Рис. 29. Треугольник Кало (заштрихован)
(по Гришину И.Н., 1989):

1 – желчный пузырь; 2 – пузырная артерия; 3 – печеночный проток; 4 – печеночная артерия; 5 – пузырный проток

Желчнокаменная болезнь

Этиология и патогенез камнеобразования.

Желчные камни образуются в желчном пузыре, реже в желчевыводящих протоках. Причины образования камней в желчном пузыре следующие: 1) воспалительные изменения в слизистой; 2) застой желчи; 3) нарушения липидного обмена с увеличением содержания холестерина и уменьшением желчных кислот и лецитина в желчи (повышение литогенности желчи).

Воспалительные изменения слизистой желчного пузыря приводят к появлению в желчи микрофлоры, слущиванию эпителиальных клеток, которые являются первичным ядром преципитации. Вокруг этих ядер выпадает в осадок холестерин, соли, т.е. происходит процесс камнеобразования. Застой желчи усиливает процесс выпадения холестерина и солей в осадок. Важную роль в камнеобразовании играет увеличение концентрации холестерина в крови и в желчи и уменьшение содержания в желчи желчных кислот, нарушение энтерогепатической циркуляции. При уменьшении холато-холестеринового соотношения (коэффициента) холестерин выпадает в осадок, желчь становится литогенной. Образующиеся в таких случаях камни называют

холестериновыми (до 90%). Они белого или желтого цвета, плавают в воде, горят, неконтрастны.

Пигментные камни (6%), состоящие преимущественно из билирубината кальция, обнаруживают у больных с хроническим гемолизом (серповидно-клеточная анемия или сфероцитоз). Инфицирование желчи микроорганизмами, продуцирующими бета-глюкуронидазу, ведет к расщеплению глюкуроновой кислоты и переводу прямого растворимого билирубина в непрямой нерастворимый в воде билирубин, выпадению последнего в осадок. Образующиеся при этом пигментные камни черного цвета, мелкие, тонут в воде, неконтрастные.

Известковые камни (4%) чаще образуются на фоне воспаления желчевыводящих путей. При этом в желчи повышается содержание кальция и бета-глюкуронидазы. Ионы кальция соединяются со свободным билирубином и оседают в виде камней (кальциевые соли билирубина).

Методы обследования больных при заболеваниях желчевыводящих путей.

I. Лабораторная диагностика.

Биохимические исследования крови (билирубин, холестерин, мочевины, щелочная фосфатаза, АлАТ, АсАТ), мочи (билирубин, уробилин), кала (стеркобилин).

II. Фиброгастроуденоскопия с осмотром фатерова соска.

III. Рентгенологические исследования

1. Холецистохолангиография (пероральная, внутривенная, инфузионно-капельная) издавна применялись при обследовании больных. Однако с внедрением УЗИ значимость их снизилась. К тому же они не могут быть использованы при механической желтухе, т.к. при этом осложнении гепатоциты не в состоянии фиксировать и выделять в протоки контраст.

2. Ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ) осуществляется путем катетеризации холедоха через фатеров сосок во время эндоскопии и введения в проток контрастного вещества под рентгеновским контролем с последующим выполнением рентгеновских снимков. Метод особенно информативен при дифференциальной диагностике желтух и у больных постхолестистэктомическим синдромом. Однако метод небезопасен, т. к. при введении контраста в проток может создаться гипертензия в вирсунговом протоке с развитием острого панкреатита.

3. Чрескожная-чреспеченочная холангиография выполняется путем пункции через кожу печени и внутрипеченочных протоков и введения контрастного вещества. Используется редко при невозможности произвести РПХГ у больных механической желтухой. Этот инвазивный метод может вызвать ряд осложнений: истечение желчи в брюшную

полость, некроз паренхимы ткани печени, гемобилию, гемобилию.

4. Рентгенологическое исследование желчного пузыря и протоков может быть произведено путем пункции желчного пузыря под контролем УЗИ, а также во время лапароскопии.



Рис. 30. УЗИ — конкремент в желчном пузыре, акустическая тень за конкрементом.

IV. Основным способом диагностики в настоящее время является ультразвуковое исследование желчевыводящих путей. Преимущество этого метода перед другими - быстрота и бескровность исследования, возможность многократного использования. Метод позволяет определить мелкие камни в просвете желчного пузыря, толщину стенки желчного пузыря, ширину холедоха, размеры поджелудочной железы (рис. 30). УЗ-признаками хронического холецистита являются: увеличение размера желчного пузыря (более 10 см в длину и 4 см в ширину), утолщение стенок более 3 мм, удвоение и нечеткость контуров его стенок, наличие в просвете гиперэхогенной взвеси и фиксированных конкрементов, признаки острых перивезикальных изменений (печени и окружающих тканях). Считается, что при толщине стенки 6 мм имеет место деструктивный холецистит.

V. Компьютерная томография (КТ) направлена на выявление объемных образований в организме. Применяется в диагностике опухолей печени, поджелудочной железы чаще при механической желтухе.

VI. Лапароскопия имеет целью установить факт воспалительных изменений в желчном пузыре, выявить наличие экссудата в брюшной полости, определить макроскопически состояние печени.

Кроме диагностических аспектов, во время лапароскопии может быть выполнено лечебное мероприятие – чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря.

Клинические формы желчнокаменной болезни.

Более часто желчнокаменная болезнь проявляется в виде желчной (печеночной) колики. Возникает колика вследствие миграции конкрементов, способствуют этому погрешности в диете (жирная, острая, обильная пища), физические нагрузки и др. факторы. Характеризуется приступом сильных болей в правом подреберье, иррадирующих в правую лопатку, плечо, шею, область сердца (холецистокардиальный синдром Боткина). Боли сопровождаются многократной рвотой, вздутием живота, локальной болезненностью. Симптомов раздражения брюшины нет, выявляются симптомы Ортнера, Георгиевского - Мюсси (см. ниже). Отмечается тахикардия, повышение температуры тела. Характерно беспокойное поведение больного. В анализе крови может быть умеренный лейкоцитоз без сдвига лейкоцитарной формулы. Приступ купируется после введения спазмолитиков. В течении желчнокаменной болезни могут быть осложнения.

При закупорке пузырного протока ("отключенный желчный пузырь") возможно формирование водянки желчного пузыря, а при присоединении гнойной инфекции - эмпиемы желчного пузыря (рис. 31).

При наличии острых воспалительных изменений во внутри - и внепеченочных желчных протоках возникает гнойный холангит. Основные симптомы холангита: гектическая температура с ознобами, желтуха, увеличенная и болезненная печень. Резко выражена интоксикация, бывает рвота. Отмечается спленомегалия. При морфо-

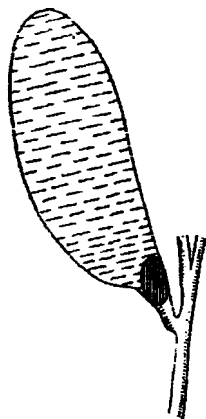


Рис. 31. Водянка или эмпиема желчного пузыря

логическом исследовании крови выявляется гиперлейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

При длительном течении желчнокаменной болезни могут развиваться рубцовые стриктуры дистального отдела холедоха. Стриктуры дистального отдела холедоха могут быть на небольшом протяжении (несколько миллиметров) и продолжительными до нескольких сантиметров.

В.В.Виноградов и Э.В.Гришкевич (1962) различают три степени - стеноза большого дуоденального сосочка.

При I степени общий желчный проток расширен до 1,5 см, остаточное давление не более 200 мм вод. ст.

При II степени холедох расширен до 2 см, терминальный отдел резко сужен, остаточное давление до 250 мм вод. ст.

При III степени наступает резкая дилатация не только магистральных, но и внутривисцеральных желчных ходов третьего и четвертого порядка. Ширина холедоха 2,5-3 см.

Клинически стриктура проявляется кожным зудом, желтушностью кожи и склер.

При наличии стриктуры дистальной части холедоха возникает хронический рецидивирующий панкреатит.

При длительном нахождении камня в желчном пузыре возникает пролежень стенки последнего и прилежащего полого органа, чаще всего двенадцатиперстной кишки, в результате чего образуется внутренний (билиодигестивный) желчный свищ. Клинические проявления холецистодуоденального свища скудные, но может возникнуть острый процесс, сопровождающийся резким болевым синдромом и высокой температурой. В правом подреберье формируется инфильтрат.

Холецистодуоденальное соустье может осложниться острой обтурационной кишечной непроходимостью, если через соустье в кишечник попадает крупный камень.

Холецистохоледохиальный свищ (синдром Мириззи) встречается при длительном течении болезни, при склерозированном желчном пузыре. При этом камни из пузыря свободно проникают в холедох, возникает холедохолитиаз.

При обзорной рентгенографии брюшной полости у больных с билиодигестивными свищами иногда заметно наличие газа в желчном пузыре или холедохе (аэрохолия).

Холедохолитиаз - нахождение конкрементов в печеночном и/или желчном протоках. Большинство конкрементов попадает в холедох из

желчного пузыря. Камни в холедохе увеличиваются вследствие наслоения солей. При наличии инфекции и препятствия прохождению желчи в кишечник камни могут возникать перично во внутри- и внепеченочных протоках. При холедохолитиазе холедох обычно расширен, однако и при нормальной ширине холедоха нельзя исключить холедохолитиаз. Камни могут полностью перекрыть просвет холедоха, при этом желчь совсем не попадает в двенадцатиперстную кишку. Но может быть т.н. вентильный камень, который может поворачиваться вокруг оси или смещаться кверху при расширенном холедохе, пропуская при этом часть желчи в кишку.

Клиническая картина зависит от количества конкрементов, их величины и локализации в холедохе.

Иногда холедохолитиаз длительное время протекает бессимптомно или больной жалуется на ноющую боль в правом подреберье. Но с течением времени возникают коликообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в поясницу, правое плечо. Основным клиническим признаком холелитиаза является механическая (подпеченочная) желтуха.

По клиническому течению подпеченочная желтуха бывает: прогрессирующей, интермиттирующей и abortивной.

Прогрессирующая желтуха возникает вследствие полной блокады холедоха, характеризуется быстрым ростом обеих фракций билирубина, но преимущественно прямого.

Интермиттирующий тип бывает при вентильном камне, когда часть желчи может попадать в кишку. При этом интенсивность иктеричности склер и кожи, содержание билирубина на какое-то время уменьшаются, но затем вновь возрастают.

Для abortивного типа желтухи характерно исчезновение желтухи и нормализация обмена билирубина.

Кроме холедохолитиаза, причиной механической желтухи может быть склерозирующий папиллит, а также опухоли фатерова соска и головки поджелудочной железы. В двух последних случаях характерен симптом Курвуазье - прощупываемый, увеличенный, растянутый и безболезненный желчный пузырь на фоне механической желтухи.

Механическая желтуха интермиттирующего типа быстро ведет к развитию билиарного цирроза печени, а при прогрессирующем типе развивается острая печеночная недостаточность. Поэтому промедление с операцией более 2-3 суток у таких больных недопустимо.

Оперативное лечение желчнокаменной болезни

Возможности консервативного лечения желчнокаменной болезни, направленного на растворение камней, ограничены.

Бесперспективность консервативного лечения, большая доля вероятности развития тяжелых и опасных для жизни осложнений диктуют необходимость хирургического лечения желчнокаменной болезни. К тому же нельзя забывать, что желчнокаменная болезнь является факультативным предраком желчного пузыря.

Удаление желчного пузыря в настоящее время производят двумя принципиально различными способами - лапароскопическая холецистэктомия и традиционная открытая холецистэктомия.

Для выполнения открытой холецистэктомии, как правило, используется верхнесрединный доступ. Проводят пальпацию желчного пузыря, холедоха для выявления конкрементов инфильтрата. Ретроградная холецистэктомия (удаление пузыря от шейки) является наиболее рациональной. Предварительная перевязка пузырной артерии и протока обеспечивает бескровное удаление пузыря и предупреждает миграцию мелких конкрементов из пузыря в холедох во время манипуляций на пузыре. Для профилактики повреждения элементов печеночно-двенадцатиперстной связки важно визуализировать треугольник Кало (рис. 29). Сначала обрабатывают пузырный проток и артерию, после чего желчный пузырь удаляют из своего ложа. Сразу же после выделения пузырного протока, через его культю проводят зондирование общего желчного протока, холедох через культю протока дренируют мочеточниковым катетером, определяют остаточное давление в холедохе и производят интраоперационную холангиографию (рис. 33).

Существуют методики интраоперационного сканирования холедоха для выявления в нем конкрементов с помощью специального датчика.

Другой способ удаления желчного пузыря - антеградная холецистэктомия (удаление пузыря от дна к шейке) используется в тех случаях, когда имеется инфильтрат, рубцовые сращения в области шейки пузыря.

Для профилактики недостаточности культи пузырного протока и послеоперационного панкреатита целесообразно дренировать холедох через культю протока на 6-8 суток (дренаж Холстеда).

После удаления желчного пузыря ушивают его ложе (при отсутствии воспалительной деструкции стенки удаленного пузыря) и дренируют подпеченочное пространство хлорвиниловой трубкой через дополнительный прокол в правом подреберье.

Во время каждой операции по поводу желчнокаменной болезни задачей хирурга является не только удаление желчного пузыря, но и выявление и устранение любых препятствий оттоку желчи в кишечник. После ревизии поджелудочной железы, желчных протоков, холангиографии может быть выявлено расширение общего желчного протока, камни в нем, расширение внутрипеченочных протоков, рефлюкс в вирсунгов проток и т.д. В таких случаях могут возникнуть показания к супрадуоденальной холедохотомии.

Показаниями к вскрытию и дренированию общего желчного протока являются:

- 1) пальпаторное определение камня в общем желчном протоке;
- 2) увеличение диаметра общего желчного протока;
- 3) желтуха, холангит (в том числе и в анамнезе);
- 4) мелкие камни в желчном пузыре при широком пузырном протоке;
- 5) при холангиографии - дефекты наполнения во внутри- и внепеченочных протоках; препятствие к поступлению контраста в двенадцатиперстную кишку.

Рассекают холедох продольно в супрадуоденальном отделе (рис. 32). Проводят зондирование протока, холедохоскопию.

При отсутствии патологии в магистральных желчных протоках, а также после удаления конкрементов, производят временное наружное дренирование для снижения давления в желчевыводящей системе и предупреждения просачивания желчи в брюшную полость через шов холедоха. Существует несколько способов дренирования холедоха, но наибольшее распространение получили методы Холстеда, Т-образный дренаж по Керу, дренирование по А.В.Вишневскому (внутренний конец дренажа направлен в сторону ворот печени). Отверстие для пассажа желчи в сторону двенадцатиперстной кишки расположено на боковой стенке в месте изгиба трубки. Дренажная трубка подшивается кетгутовой нитью к холедоху.

В ряде случаев наружное дренирование не является методом адекватного восстановления пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку. В связи с этим производятся реконструктивные операции (внутреннее дренирование).

Холедоходуоденоанастомоз накладывается при:

- 1) холангите с расширением общего желчного протока более 2 см;
- 2) множественных мелких камней общего желчного протока при наличии механической желтухи;
- 3) тубулярном сужении терминального отдела холедоха длиной в 2 см и более.

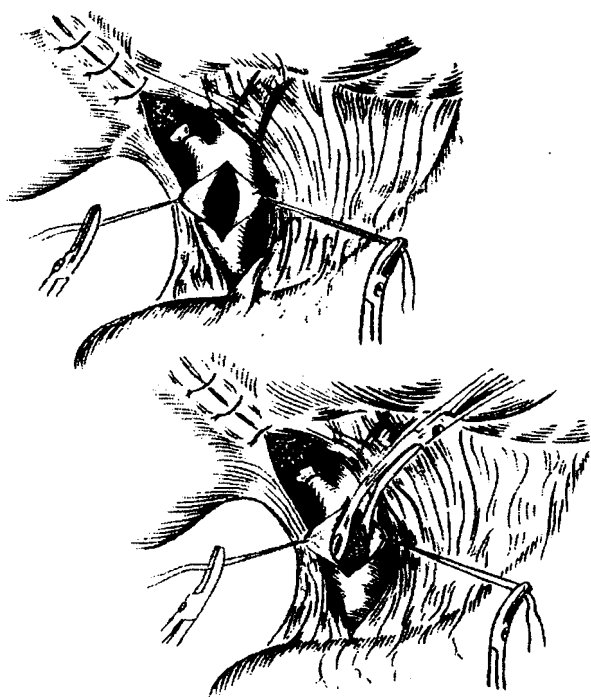


Рис. 32. Супрадуоденальная холедохотомия. Удаление камня.
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев. 1975)



Рис. 33. Рентгенограмма. Холангиография на операционном столе, множественные камни протоков.

При рубцовых сужениях фатерова сосочка II-III степени, при ущемленном камне ампулы и периампулярной зоны применяется трансдуоденальная папиллотомия. После мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру производится её поперечное рассечение, папилла выводится в разрез с помощью оливчатого зонда, введенного в холедох. Папилла рассекается в правом верхнем сегменте на протяжении 1,5 см, по наружному краю рассеченной папиллы сшивается слизистая холедоха и двенадцатиперстной кишки. Ушивается рана кишки (рис. 34).

После папиллотомии обязательно наружное дренирование холедоха.

В ряде случаев при диаметре холедоха более 1,5 см при протяженных тубулярных сужениях дистального отдела холедоха применяют двойное внутреннее дренирование (холедоходуоденоанастомоз в сочетании с папиллотомией) для обеспечения адекватного оттока желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку.

В последнее десятилетие в практику лечения неосложненных форм желчнокаменной болезни и холецистита широко внедряются лапароскопические холецистэктомии. При ограниченных стенозах фатерова соска II-III ст. применяется эндоскопическая папиллотомия для извлечения конкрементов из холедоха с помощью специальных приспособлений (корзинки Дормиа), выполняемая во время фиброгастро-дуоденоскопии.



Рис. 34. Дуоденотомия при камне папиллы
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев, 1975)

Острый холецистит

Острый холецистит является одним из самых распространенных хирургических заболеваний, и по частоте занимает второе место после аппендицита. Женщины болеют острым холециститом в 4-8 раз чаще, чем мужчины.

Этиология и патогенез.

Острый холецистит полиэтиологическое заболевание, однако, ведущая роль в его развитии принадлежит инфекции. В желчный пузырь инфекция попадает тремя путями: гематогенным, лимфогенным и энтерогенным.

При гематогенном распространении инфекция проникает в желчь по системе воротной вены из кишечника или из общего круга кровообращения через общую печеночную артерию. Далее микробы попадают в желчные капилляры и в желчный пузырь. Зачастую микробы гнездятся в ходах Люшка (рис.28), поэтому в пузырной желчи флору можно и не обнаружить.

Лимфогенное распространение инфекции возможно вследствие обширных связей лимфатической системы желчного пузыря и печени с другими органами брюшной полости.

Энтерогенный (восходящий) путь распространения инфекции в желчный пузырь возможен при недостаточности сфинктера Одди, дуоденостазе, при заболеваниях терминального отдела общего желчного протока, когда инфицированное дуоденальное содержимое может забрасываться в желчный пузырь.

По своему характеру микрофлора при остром холецистите ближе всего к кишечной. Поэтому надо полагать, что чаще всего инфекция проникает в желчный пузырь энтерогенным путем.

Обязательным условием воспаления в желчном пузыре является застой желчи в нем. Факторами, способствующими нарушению оттока желчи из пузыря, являются камни, перегибы удлинённого или извитого пузырного протока, его сужение.

Острый холецистит, возникающий на почве желчнокаменной болезни, составляет 85-90%. В возникновении воспаления имеет значение изменения стенки желчного пузыря в виде склероза и атрофии.

В патогенезе острого холецистита важное значение имеют сосудистые изменения в стенке желчного пузыря. От степени расстройства кровообращения в стенке желчного пузыря при тромбозе пузырной артерии зависят темп развития воспалительного процесса и тяжесть заболевания.

Сосудистые нарушения ведут к появлению очагов некроза и перфорации стенок пузыря. У пожилых людей возрастные сосудистые наруше-

ния быстро ведут к развитию деструктивных форм острого холецистита.

Классификация острого холецистита

| Неосложненный | Осложненный |
|-------------------------|--|
| (каменный, бескаменный) | |
| катаральный | околопузырным инфильтратом |
| флегмонозный | околопузырным абсцессом |
| гангренозный | перфорацией пузыря |
| | перитонитом |
| | механической желтухой |
| | холангитом |
| | наружным или внутренним желчным свищем |
| | острым панкреатитом |

Осложненные формы встречаются в 15-20 % случаев.

Клиника и симптоматология острого холецистита

Острый холецистит встречается у людей в любом возрасте, но чаще болеют люди старше 50 лет.

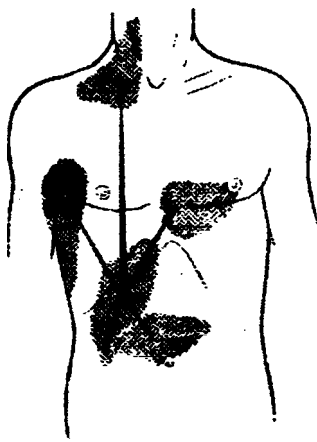


Рис. 35. Возможная иррадиация болей при остром холецистите (схема)

Приступ острого холецистита характеризуется острым началом. Возникают резкие постоянные боли в правом подреберье, интенсивность которых по мере прогрессирования заболевания нарастает. Характерна иррадиация болей в поясницу, правую лопатку, плечо и шею справа. Иногда боли иррадируют в область сердца (холецистокардиальный синдром С.П.Боткина) (рис. 35).

Боли сопровождаются многократной рвотой пищей, желчью, не приносящей больному облегчения, повышается температуры тела до 38° .

При наличии воспалительных изменений в желчном пузыре, в отличие от желчной колики, больной ведет себя относительно спокойно, лежит на спине или правом боку.

При объективном исследовании кожный покров обычной окраски. Появление желтухи указывает на осложнения со стороны холедоха механического характера (отек и набухание в области периаппулярной зоны, закупорка конкрементами), а также наличие гепатита или панкреатита.

Частота сердечных сокращений колеблется от 80 до 120 ударов в 1 мин и выше. Тахикардия свидетельствует о глубокой интоксикации и развитии деструктивных форм холецистита, осложнившихся перитонитом.

Язык сухой, обложен. При пальпации определяется разлитая болезненность и мышечная защита в правом подреберье. При переходе воспалительного процесса на париетальную брюшину появляется симптом Щеткина-Блюмберга. Иногда удается пропальпировать желчный пузырь. Это бывает при эмпиеме желчного пузыря.

При остром холецистите наблюдаются некоторые характерные симптомы.

Симптом Грекова-Ортнера заключается в усилении болезненности при легком поколачивании по правой реберной дуге.

Симптом Георгиевского-Мюсси (френикус-симптом) - болезненность при пальпации между ножками кивательной мышцы справа.

Симптом Мерфи (симптом прерванного вдоха) определяется следующим образом. Больной в положении лежа на спине. Кисть левой руки врача следует положить так, чтобы I палец поместился ниже реберной дуги в пузырной точке, а остальные пальцы этой руки - по краю реберной дуги. Если попросить больного сделать глубокий вдох, то последний прерывается, не достигнув вершины из-за острой боли в животе под I пальцем.

Симптом Кера - болезненность при вдохе во время пальпации правого подреберья.

Симптом Пекарского - болезненность при надавливании на правый край мечевидного отростка.

Симптом Боаса - болезненность при надавливании пальцами справа от VIII - X грудных позвонков на спине.

В анализах крови отмечается лейкоцитоз, лейкоцитарный сдвиг влево, ускоренная СОЭ.

Дифференциальную диагностику острого холецистита следует проводить с острым аппендицитом, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, острым панкреатитом, почечной коликой, правосторонней плевропневмонией, паранефритом и рядом других заболеваний.

Дифференциальный диагноз с острым аппендицитом при высоком расположении червеобразного отростка бывает затруднен. Острым холециститом чаще страдают люди в пожилом возрасте, в анамнезе у больных острым холециститом повторные приступы болей в правом подреберье, иногда сопровождающиеся желтухой. Боли при остром аппендиците не столь интенсивные и не иррадиируют в плечо, шею. Рвота при аппендиците однократная, при холецистите - частая. При пальпации живота выявляют симптомы, характерные для каждого из заболеваний.

При язве двенадцатиперстной кишки характерен язвенный анамнез, периодичность болей. Прободная язва двенадцатиперстной кишки и желудка имеет столь характерную симптоматику, что её редко приходится дифференцировать с острым холециститом. Исключение составляет прикрытая перфоративная язва. В подобных случаях надо учитывать язвенный анамнез, "кинжальные" боли в начале заболевания. Большое диагностическое значение имеет обзорная рентгенография брюшной полости, ФГДС и УЗИ брюшной полости.

Острый панкреатит характеризуется более значительной интенсивностью болей в эпигастральной области, носящих опоясывающий характер, беспокойным поведением больного. Повышается уровень активности амилазы в крови и моче, липазы и трипсина в крови.

Почечная колика, пиелонефрит, паранефрит справа могут симулировать клинику острого холецистита. При обследовании больных надо тщательно изучить урологический анамнез, исследовать область почек, в сомнительных случаях проводят целенаправленное обследование.

Хирургическая тактика при остром холецистите

Лечение зависит от формы острого холецистита (катаральный, флегмонозный, гангренозный), наличия перитонита, холедохолитиаза, стеноза БДС, желтухи, холангита и других факторов. При наличии острого холецистита, осложненного распространенным перитонитом, больные должны быть прооперированы по экстренным показаниям в течение 2-3 часов после соответствующей предоперационной подготовки. Консервативное лечение острого холецистита проводится в ранние сроки заболевания с целью купирования воспалительного процесса, нормализации холецистодинамики, снятия интоксикации и предупреждения осложнений.

Лечебные мероприятия включают:

- 1) постельный режим 2-3 суток,
- 2) голод или стол 0 в течение 2-3 суток.
- 3) антибиотикотерапия (широкого спектра),
- 4) введение препаратов парентерально, обладающих обезболивающим и спазмолитическим эффектом, (атропин, платифиллин, но-шпа, папаверин),
- 5) десенсибилизирующая терапия (димедрол, пипольфен),
- 6) инфузионная внутривенная терапия с целью детоксикации и коррекции нарушенных метаболических процессов,
- 7) аспирация из желудка и промывание его при сохранении тошноты и рвоты.

С учетом показаний назначают сердечные гликозиды, панангин, эуфиллин, гипотензивные препараты.

При механической желтухе обязательно назначение викасола парентерально или внутрь, т.к. синтез протромбина в печени происходит в присутствии витамина К. При отсутствии витамина К и развитии гипопротромбинемии возможно развитие тяжелого осложнения желтухи - холемического кровотечения во время операции.

В таблице представлены тактические схемы хирургического лечения острого холецистита.

Тактическая схема лечения острого холецистита
(А.Г.Бебуришвили, 2003)



Операцией выбора при остром холецистите является холецистэктомия. При неосложненном течении холецистита может быть выполнена лапароскопическая холецистэктомия, при осложнении - классическая открытая операция с коррекцией нарушений оттока желчи в необходимых случаях.

У пожилых, ослабленных больных при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний при отсутствии гангренозных изменений в стенке пузыря применяется и холецистостомия, которая также может быть выполнена как открытым, так и лапароскопическим методом.

Летальность после операций холецистэктомии по поводу острого холецистита в Республике Беларусь в последние годы составляет 2%, по Витебской области - 1,1%.

Ситуационные задачи

1. У больной 65 лет, в течение 10 лет страдающей желчнокаменной болезнью, очередной приступ не купировался окончательно. В течение 2 месяцев больная продолжала отмечать тупые ноющие боли в правом подреберье, которые беспокоили ее постоянно. При пальпации там же определялось значительных размеров плотноэластическое малоблезненное образование, с гладкой поверхностью. Симптомов раздражения брюшины не определялось.

Температура нормальная. лейкоцитов в крови $5,6 \cdot 10^9$ /л. Ваш диагноз и тактика лечения?

2. У больной 48 лет, после приема жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Поднялась температура до $38,3^{\circ}\text{C}$, была однократная рвота. При пальпации правого подреберья определялась болезненность и напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоцитов в крови $12,0 \cdot 10^9$ /л. После назначения спазмолитиков, антибиотиков, новокаиновой блокады состояние улучшилось. Температура снизилась до нормы, боли уменьшились, напряжение мышц стало меньше и к концу 3-х суток полностью исчезло. Небольшая болезненность оставалась в точке желчного пузыря. Лейкоцитов в крови стало $6,0 \cdot 10^9$ /л.

Ваш диагноз и дальнейшая тактика лечения?

3. У больного 56 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$, напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье. Проводимые консервативные мероприятия (антибиотики, спазмолитики, ново-

каинная блокада) не дают в течение 3 сут. каких-либо результатов. Лейкоцитоз крови колеблется от $15,0 \times 10^9$ до $18,0 \times 10^9$ /л.

Ваш диагноз и тактика лечения?

4. Больную 38 лет, третий раз за два последних года доставляют в клинику с приступом острого холецистита. Поступила с явлениями раздражения брюшины, которые постепенно нарастают. Выражена и становится интенсивнее желтушность кожных покровов. Билирубин крови 80 мкмоль/л. В моче уробилина нет. Кал частично обесцвеченный. К концу 2-х суток решено больную оперировать.

Какая операция в данном случае будет выполнена? К какой интраоперационной диагностике следует обязательно прибегнуть?

5. Больная 48 лет жалуется на постоянного характера постепенно усиливающиеся боли в правой половине живота, больше в правом подреберье, сухость, горечь во рту, периодические повышения температуры до 39°C , сопровождающиеся ознобом. Заболела 30 часов тому назад после обильного ужина.

При объективном обследовании состояние больной средней тяжести, кожный покров бледный с желтушным оттенком. Язык сухой, обложен беловато-желтым налетом, при осмотре правая половина живота отстает в акте дыхания, брюшная стенка симметрична. При поверхностной пальпации выявлена болезненность и напряжение мышц справа в эпи-, мезо- и гипогастральная области, здесь же определяются следующие симптомы:

- 1) при поколачивании по правой реберной дуге возникает боль,
- 2) при точечной перкуссии брюшной стенки боль в правой её половине,
- 3) при надавливании в правой половине живота возникает болезненность, которая резко усиливается при быстром отнятии руки,
- 4) у больной возникает резкая боль при дыхании животом в случае надавливания большим пальцем в точке проекции желчного пузыря (прерванный вдох),
- 5) при надавливании между ножками кивательной мышцы справа - болезненности нет.

Перистальтические шумы кишечника ослаблены, стула не было, газы отходят. В анамнезе у больной желчно-каменная болезнь.

При осмотре *per rectum* - легкая болезненность передней стенки прямой кишки, на перчатке следы каловых масс обычного цвета.

Лейкоцитоз в крови $14,6 \times 10^9$ /л (п - 12%, с - 76%, м - 6%, л - 6%).
Ан. мочи (насыщенно желтая, прозрачная, белок - нет, сахар - нет, эпителий - 1-2 в поле зрения, лейкоциты - 2-3 в поле зрения).

1. Вы - врач скорой помощи. Какая тактика в обследовании данной больной наиболее рациональна?

- А. Госпитализировать в терапевтическое отделение
- Б. Госпитализировать в хирургическое отделение
- В. Направить больную для амбулаторного лечения в поликлинику
- Г. Госпитализировать в инфекционное отделение
- Д. Госпитализировать в гепатологическое отделение

2. Какой метод исследования наиболее информативен для постановки диагноза данной больной

- А. Рентгенографию легких
- Б. Rtg-скопию брюшной полости
- В. Пассаж бария по кишечнику
- Г. Компьютерную томографию
- Д. УЗИ брюшной полости

3. Какие дополнительные методы исследования следует произвести данной больной для постановки диагноза

- А. Биохимический анализ крови
- Б. Сахарную кривую
- В. Анализ кала на стеркобилин
- Г. Копроцитограмму
- Д. Анализ мочи на уробилин и билирубин

4. Ваш предположительный диагноз?

- А. Вирусный гепатит
- Б. Острый холецистит, желчный перитонит
- В. Острый правосторонний пиелонефрит
- Г. Гепатит
- Д. ЖКБ, механическая желтуха

5. Какие изменения можно выявить с помощью УЗИ в данной ситуации?

- А. Удвоенную стенку желчного пузыря
- Б. Утолщение стенки желчного пузыря до 5 и более мм
- В. Истончение стенки желчного пузыря до 1 мм
- Г. Свободную жидкость в брюшной полости
- Д. Расширение внутрипеченочных желчных протоков

6. Назовите лечебные мероприятия, необходимые для данной больной:

- А. Катетеризация центральной вены и в/в инфузии
- Б. Сандостатин
- В. Диагностическая пункция плевральной полости справа
- Г. Постановка постоянного зонда в желудок для аспирации
- Д. Грелка на живот

7. Перечислите симптомы в порядке их написания

- А. Щеткина-Блюмерга
- Б. Георгиевского-Мюсси
- В. Ортнера-Грекова
- Г. Менделя
- Д. Мерфи

8. Выберите один наиболее полно сформулированный диагноз
- А. Печеночная колика
 - Б. Острый калькулезный холецистит
 - В. Острый деструктивный калькулезный холецистит, холангит, механическая желтуха, диффузный перитонит
 - Г. Рак большого дуоденального соска
 - Д. Острый панкреатит, ферментативный перитонит
9. Какие неотложные лечебные мероприятия следует провести данной больной?
- А. Инфузионная терапия
 - Б. Антибиотикотерапия per os
 - В. Антибиотикотерапия парентерально
 - Г. Плазмозферез
 - Д. Искусственное энтеральное питание
10. Какое медикаментозное лечение следует назначить больной?
- А. Аналептики дыхательного центра
 - Б. Спазмолитики
 - В. Сандостатин
 - Г. Антибиотики широкого спектра
 - Д. Цитостатики
11. Какая тактика лечения наиболее приемлема в отношении больной:
- А. Лапароскопическая холецистэктомия
 - Б. Консервативное лечение
 - В. Лапароскопическая холецистостомия и антибиотикотерапия
 - Г. Эндоскопическая или трансдуоденальная папиллотомия
 - Д. Срочная открытая операция: холецистэктомия с интраоперационной ревизией желчевыводящих путей, лаваж брюшной полости
12. Вы приняли решение о срочном оперативном вмешательстве. Какие самые весомые аргументы в пользу этого решения?
- А. Повышенный лейкоцитоз
 - Б. Повышенная температура
 - В. Наличие холангита
 - Г. Наличие механической желтухи
 - Д. Наличие перитонита

13. Выберите методы обследования желчевыводящих путей, применение которых возможно в ходе операции:

- А. Внутривенная холангиография
- Б. Холедохоскопия
- В. УЗИ - исследование
- Г. Компьютерная томография
- Д. Холангиография

Тестовый контроль знаний

На вопросы 1 - 18 выберите наиболее правильный ответ (ответы):

1. Пузырная артерия наиболее часто отходит от:

- А. Панкреатодуоденальной артерии
- Б. Правой печеночной артерии
- С. Общей печеночной артерии
- Д.левой печеночной артерии
- Е. Гастродуоденальной артерии

2. Холедох имеет следующие отделы:

- А. Супрадуоденальный
- Б. Надпузырный
- С. Ретродуоденальный
- Д. Печеночный

Е. Интраперитонеальный

3. Какие из гормонов вызывают одновременное сокращение желчного пузыря, расслабление сфинктера Одди и стимуляцию секреторной активности поджелудочной железы?

- А. Холецистокинин и гастрин
- Б. Холецистокинин и секретин
- С. Секретин и гастрин
- Д. Глюкагон и холецистокинин
- Е. Инсулин и секретин

4. Основным местом образования холестериновых камней является:

- А. Общий печеночный проток
- Б. Ампула большого дуоденального сосочка
- С. Холедох
- Д. Желчный пузырь
- Е. Внутрпеченочные желчные протоки

5. Наиболее ранним клиническим проявлением желчнокаменной болезни является:

- А. Острый холецистит

- В. Механическая желтуха
- С. Печеночная колика
- Д. Холангит
- Е. Гемобилия

6. Для приступа печеночной колики не характерно:

- А. Выраженный дефанс справа в подреберье
- В. Тошнота и многократная рвота
- С. Беспокойное поведение больных
- Д. Нормальная температура тела
- Е. Иррадиация болей в правую лопатку

7. Какой признак является наиболее достоверным в диагностике желчнокаменной болезни?

- А. Положительный симптом Курвуазье
- В. Положительный симптом Мерфи
- С. Наличие теней конкрементов в желчном пузыре при эхографии
- Д. Повышение билирубина в сыворотке крови выше 40 мкмоль/л
- Е. Повышение уровня аминотрансфераз в сыворотке крови

8. В клинику госпитализирован больной 80 лет, у которого на фоне выраженной сердечно-сосудистой недостаточности появились симптомы острого холецистита с явлениями холангита и диффузного перитонита. Какую тактику считаете оптимальной у данного пациента?

- А. Экстренная холецистэктомия с холедохотомией под наркозом после предоперационной подготовки
- В. Антибиотики, местная гипотермия, инфузионная терапия
- С. Холецистостомия под местной анестезией
- Д. Лапароскопическая чреспеченочная микрохолецистостомия
- Е. Гемосорбция и последующая операция холецистэктомия

9. Что НЕВЕРНО в отношении интраоперационной тактики при холецистите?

- А. Предпочтительно выделение желчного пузыря от шейки и перевязка пузырного протока для профилактики миграции камней в холедох при выделении пузыря
- В. Расширение холедоха более 1,5 см является показанием к холедохотомии
- С. Пузырная артерия и пузырный проток должны быть перевязаны отдельно
- Д. Для детальной ревизии ретродуоденальной части общего желчного протока необходима мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру

- Е. Пальпация общего желчного протока позволяет всегда подтвердить или исключить холедохолитиаз и является самым объективным критерием в выборе показаний к холедохотомии
10. Интраоперационная холангиография при остром холецистите применяется для:
- А. Выявления признаков холангита
 - В. Исследования тонуса сфинктера Одди
 - С. Исследования перистальтики холедоха
 - Д. Выявления конкрементов в желчевыводящей системе и ее рубцовых сужений
 - Е. Выявления дуоденостаза
11. Какие из приведенных методов наиболее информативны при механической желтухе для постановки диагноза?
- А. Пероральная холеграфия
 - В. Внутривенная холангиография
 - С. УЗИ
 - Д. Исследование билирубина крови и мочи
 - Е. Ретроградная панкреатохолангиография
12. Укажите наиболее информативные методы выявления камней в гепатикохоледохе во время операции:
- А. Холедохоскопия
 - В. Определение остаточного давления в холедохе
 - С. Пальпация гепатикохоледоха
 - Д. Интраоперационная холангиография
 - Е. Зондирование гепатикохоледоха зондами Долиотти
13. Выберите неверное утверждение:
- А. Острый холецистит есть абсолютное показание к экстренной операции
 - В. Острый холецистит чаще всего развивается на фоне желчнокаменной болезни
 - С. Острым холециститом чаще болеют тучные женщины
 - Д. Острый деструктивный холецистит есть одна из частых причин перитонита
 - Е. Острый холецистит нужно дифференцировать с правосторонней базальной пневмонией
14. Укажите какое из заболеваний не является осложнением желчнокаменной болезни?
- А. Водянка желчного пузыря
 - В. Внутренние билиодигестивные свищи
 - С. Эмпиема желчного пузыря

- Д. Портальная гипертензия
- Е. Стриктура большого дуоденального сосочка

15. В клинику поступила больная 75 лет с жалобами на острую боль в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку и рвоту желчью. Страдает сахарным диабетом. С момента начала болей прошло 20 часов. Объективно: язык сухой. Пульс 100 в минуту. Артериальное давление 180/90 мм.рт.ст. Живот умеренно вздут, напряжен в правой половине. Положительные симптомы Блюмберга-Щеткина, Ортнера. При УЗИ желчный пузырь 6 x 12 см, стенка двухслойная, толщина - 8 мм, конкременты до 1,5 см. Лейкоцитоз - $20,0 \times 10^9/\text{л}$.

Наиболее вероятный диагноз?

- А. Острый панкреатит
 - В. Острый пиелонефрит
 - С. Перфоративная язва 12п.кишки
 - Д. Острый аппендицит с высоким расположением отростка
 - Е. Острый холецистит, осложненный местным перитонитом
16. Вы поставили правильный диагноз в задаче № 15. Дальнейшая тактика?
- А. Дальнейшее наблюдение, назначение холода на живот, антибиотикотерапия
 - В. Коррекция нарушений гомеостаза, массивная антибиотикотерапия
 - С. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, ЭКГ, антибиотикотерапия
 - Д. Экстренная операция
 - Е. Ретроградная панкреатохолангиография

17. Назовите один наиболее точный пункт, свидетельствующий о полной желчной непроходимости:

- А. Билирубинурия и уробилинурия
- В. Гипербилирубинемия, в основном за счет прямого билирубина
- С. Билирубинурия без уробилинурии
- Д. Повышение активности щелочной фосфатазы в сыворотке крови
- Е. Полное отсутствие билирубина в моче

18. У пожилого человека с острым калькулезным холециститом имеются показания к хирургическому вмешательству, но операция представляет собой значительный риск в связи с тяжестью состояния больного и сопутствующей патологией. Какое лечение может служить временной альтернативой холецистэктомии и позволяет выиграть

время, необходимое для улучшения состояния больного и подготовки его к радикальной операции?

- А. Назначение желчегонных средств
- В. Эндоскопическая трансдуоденальная папиллосфинктеротомия
- С. Трансназальный тюбаж двенадцатиперстной кишки
- Д. Лапароскопическая микрохолецистостомия
- Е. Холецистостомия с удалением камней инфицированного содержимого желчного пузыря

В вопросах 19 - 55 выберите наилучшую комбинацию ответов по схеме:

| А | В | С | Д | Е |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| если верно только | если верно только | если верно только | если верно только | если все правильно |
| 1, 2, 3 | 1, 3 | 2, 4 | 4 | |

19. Общий желчный проток:

- 1. Имеет длину 6-8 см, диаметр до 9 мм
- 2. В общем желчном протоке выделяют 4 отдела
- 3. Его дистальный отдел образует ампулу большого дуоденального соска
- 4. Ретродуоденальный отдел холедоха расположен позади вертикальной ветви двенадцатиперстной кишки

20. Что правильно в отношении большого дуоденального сосочка:

- 1. При поражении его опухолью или рубцовых стриктурах развивается паренхиматозная желтуха
- 2. Расположен выше малого дуоденального сосочка
- 3. Образует ампулу, в которую впадает вирсунгов и санторингов проток
- 4. Обладает автономной мышечной системой (сфинктер Одди), не зависящей от мышц двенадцатиперстной кишки

21. Желчный пузырь:

- 1. Имеет емкость 50-70 мл
- 2. Имеет сфинктер Люткенса
- 3. Часто у шейки образует бухтообразное выпячивание - карман Гартмана
- 4. Покрыт брюшиной со всех сторон

22. В желчном пузыре имеется:

1. Клапан Гейстера - образован складкой слизистой оболочки
2. Синусы Рокитанского-Ашоффа - выпячивания слизистой оболочки, расположенные между мышечными пучками
3. Ходы Лушки - aberrантные каналы, не сообщающиеся с полостью желчного пузыря
4. Колонны Морганьи образованы продольными складками слизистой

23. В области шейки желчного пузыря и пузырного протока имеются следующие анатомические образования:

1. Сфинктер Вестфала
2. Клапан Гейстера
3. Сфинктер Одди
4. Сфинктер Люткенса

24. Основными причинами образования желчных камней являются:

1. Нарушение обмена веществ
2. Воспалительные процессы в желчном пузыре
3. Застой желчи
4. Увеличение холато-холестеринового коэффициента

25. Первичными ядрами преципитации при образовании желчных камней являются:

1. Бактерии
2. Комочки слизи
3. Клетки эпителия
4. Желчные кислоты

26. Образованию пигментных камней в желчевыводящей системе способствуют:

1. Хронический рецидивирующий холангит
2. Увеличение концентрации желчных кислот в желчи
3. Выпадение нерастворимого билирубина под влиянием микробной В-глюкоуронидазы
4. Уменьшение содержания холестерина в желчи

27. Внутривенная холеграфия позволяет выявить:

1. Холедохолитиаз
2. Камни в желчном пузыре
3. Наличие камней в желчевыводящих протоках и желчном пузыре одновременно
4. Отключенный желчный пузырь

28. Противопоказаниями к внутривенной холангиографии являются:
1. Непереносимость препаратов йода
 2. Хронический панкреатит, болевая форма
 3. Билирубинемия 40 мкмоль/л и выше
 4. Холедохолитиаз при нормальном содержании билирубина в крови
29. УЗИ признаками острого холецистита:
1. Двухконтурная стенка желчного пузыря
 2. Диаметр камней более 1,5 см
 3. Утолщение стенки пузыря более 3 мм
 4. Пузырь не содержит жидкости
30. В желчный пузырь микрофлора может попасть:
1. Восходящим путем из двенадцатиперстной кишки
 2. Гематогенным путем
 3. Лимфогенным путем
 4. Нисходящим путем из печени
31. К механической желтухе приводят:
1. Холедохолитиаз
 2. Окклюзия пузырного протока камнем
 3. Стеноз Фатерова сосочка
 4. Водянка желчного пузыря
32. Механическая желтуха может быть обусловлена:
1. Камнем общего печеночного протока
 2. Камнем общего желчного протока
 3. Опухолью головки поджелудочной железы
 4. Окклюзией пузырного протока
33. Для механической желтухи характерно:
1. Повышение билирубина в сыворотке крови в основном за счет прямого
 2. Повышение билирубина в сыворотке крови в основном за счет непрямого
 3. Билирубининурия
 4. Уробилинурия
34. Назовите УЗИ-признаки механической желтухи:
1. Расширение внутрипеченочных протоков

2. Камень в пузырном протоке
3. Диаметр холедоха более 9 мм
4. Двухконтурная стенка желчного пузыря

35. При механической желтухе применяются следующие методы диагностики:

1. Исследование стеркобилина в кале
2. Ретроградная панкреатохолангиография
3. КТ
4. Инфузионная холеграфия

36. По клиническому течению механической желтухи различают:

1. Abortивная форма
2. Интермиттирующая форма
3. Прогрессирующая форма
4. Смешанная форма

37. Адекватная подготовка больных с механической желтухой к операции включает:

1. Введение водно-электролитных, белковых растворов и др.
2. Переливание белковых препаратов и жировых эмульсий
3. Парентеральное введение викасола
4. Проведение искусственного зондового питания

38. Приступ острого холецистита в отличие от печеночной колики:

1. Более продолжительный (до нескольких суток)
2. Сопровождается неспецифическими симптомами воспалительного процесса (гипертермия, лейкоцитоз)
3. Характеризуется симптомами интоксикации
4. Нередко наблюдаются положительные симптомы раздражения брюшины

39. Для острого холецистита у пожилых характерно:

1. Нередко отсутствуют интенсивные болевые ощущения
2. Часто возникает гангренозная форма
3. Слабо выражено защитное напряжение мышц передней брюшной стенки
4. Гипертермия, высокий лейкоцитоз

40. При приступе печеночной колики:

1. Боли возникают чаще после погрешности в диете

2. Боли носят интенсивный характер
3. Наблюдается иррадиация болей в правую лопатку, правое надплечье
4. Нередко наблюдается холецистокардиальный синдром

41. Приступ печеночной колики сопровождается:

1. Беспокойным поведением больных
2. Тошнотой, рвотой
3. Положительными симптомами Грекова-Ортнера и Мюсси-Георгиевского
4. Положительным симптомом Щеткина-Блюмберга

42. Осложнениями желчнокаменной болезни и калькулезного холецистита являются:

1. Холедохолитиаз
2. Стеноз Фатерова сосочка
3. Внутренние билиодигестивные свищи
4. Портальная гипертензия

43. К развитию холангита приводят:

1. Холедохолитиаз
2. Гемолитическая желтуха
3. Холестаз, обусловленный стенозом или опухолью Фатерова сосочка
4. Вирусный гепатит

44. Клиническая картина, характеризующаяся интермитирующей лихорадкой, ознобом и желтухой обычно наблюдается при:

1. Вирусном гепатите
2. Гнойном холангите
3. Циррозе печени
4. Пилефлебите

45. Для каких заболеваний характерен симптом Курвуазье?

1. Калькулезный холецистит
2. Рак головки поджелудочной железы
3. Острый панкреатит
4. Опухоль большого дуоденального сосочка

46. Назовите признаки, составляющие синдром Курвуазье?

1. Увеличенный желчный пузырь

2. Отсутствие болей
3. Желтуха
4. Дефанс брюшной стенки

47. Рубцовые стриктуры большого дуоденального сосочка приводят к развитию:

1. Острого или хронического панкреатита
2. Механической желтухи
3. Холангита
4. Водянки желчного пузыря

48. Основными осложнениями острого холецистита являются:

1. Перитонит
2. Холангит и панкреатит
3. Холангит и абсцессы печени
4. Эмпиема желчного пузыря

49. Для желчного перитонита характерны следующие классические особенности:

1. Выраженная интоксикация с нарушением функции печени и почек
2. Умеренное или слабо выраженное мышечное напряжение передней брюшной стенки
3. Ранний парез кишечника и вздутие живота при сомнительном симптоме Щеткина-Блюмберга
4. Свободный газ в брюшной полости

50. Основы консервативного лечения при остром холецистите включают:

1. Постельный режим и создание функционального покоя для пищеварительного тракта путем ограничения приема пищи.
2. Щелочное питье с целью нейтрализации кислого желудочного содержимого и уменьшения выброса в кровь кишечных гормонов, усиливающих моторную деятельность желчного пузыря и секреторную активность поджелудочной железы
3. Инфузионную терапию и антибиотики
4. При стойком болевом синдроме наркотические анальгетики, включая морфин

51. Назовите интраоперационные методы исследования желчных протоков

1. Трансиллюминация
2. Холедохоскопия
3. Зондирование гепатикохоледоха
4. Интраоперационная холеграфия

52. При операциях на желчевыводящей системе дренирование холедоха может быть произведено по:

1. Холстеду
2. Вишневскому
3. Керу
4. Бюлау

53. В каких случаях при холецистэктомии показана холедохотомия?

1. При холедохолитиазе
2. При дискинезии желчных путей
3. При гнойном холангите
4. При водянке желчного пузыря

54. Рациональные способы завершения холедохотомии при холедохолитиазе:

1. Ушивание холедохотомической раны ("глухой шов" холедоха)
2. Использование холедохотомической раны для постановки дренажа по Керу
3. Ушивание холедохотомической раны в сочетании с дренированием холедоха по Холстеду
4. Ушивание холедоха на дренаже Смита-Прадери

55. Препараты желчных кислот, растворяющие камни в желчном пузыре, применяются при:

1. "Отключенном" желчном пузыре
2. Сморщенном желчном пузыре
3. Холедохолитиазе у пожилых
4. Камненосительстве и сохраненной моторике желчного пузыря

В вопросах 56 - 63 перечислены признаки заболевания. Выберите соответствующие им болезни. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|---|--|
| 56. Защитное напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга | А. Печеночная колика В. Острый холецистит С. А+В |
| 57. Положительный симптом Ортнера-Грекова | Д. Ни то, ни другое |
| 58. Наличие холецисто-кардиального синдрома | |
| 59. Положительный симптом Мейо-Робсона | |

60. Частая рвота с примесью кишечного содержимого
61. Рвота приносит облегчение
62. Лейкоцитоз в крови со сдвигом лейкоцитарной формулы
63. Положительный симптом Курвуазье

В вопросах 64 - 70 перечислены симптомы, сопровождающие желтуху. Выберите, для какой из желтух они характерны. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|---|-------------------------|
| 64. Билирубинемия | А. Гемолитическая |
| 65. Приступообразные интенсивные боли в правом подреберье | (надпеченочная) желтуха |
| 66. Увеличенная селезенка | В. Механическая |
| 67. Наличие билирубина в моче | (подпеченочная) желтуха |
| 68. Расширение внутripеченочных желчных протоков | С. А+В |
| 69. Синдром Курвуазье | Д. Ни то, ни другое |
| 70. Повышенное содержание билирубина в моче и стеркобилина в кале | |

В вопросах 71 - 76 приведены симптомы осложнений желчнокаменной болезни. Выберите, какому из осложнений они соответствуют. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|--|----------------------------|
| 71. Пальпируется увеличенный безболезненный желчный пузырь | А. Холангит |
| 72. Сопровождается повышением температуры тела, ознобами | В. Водянка желчного пузыря |
| 73. Может привести к развитию эмпиемы желчного пузыря | С. А+В |
| 74. Положительные симптомы раздражения брюшины по всему животу | Д. Ни то, ни другое |
| 75. Желтуха | |
| 76. Множественные абсцессы печени | |

В вопросах 77 - 84 перечислены симптомы заболеваний. Для каких острых хирургических заболеваний они характерны. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|--|--|
| 77. Схваткообразные боли в животе | А. Острый панкреатит |
| 78. Постоянные боли в правом под- реберье с иррадиацией в правое над- плечье | В. Острый холецистит С. Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки |
| 79. Опоясывающий характер болей | Д. Острая кишечная не- проходимость |
| 80. Экхимозы в окружности пупка и цианоз боковых отделов живота | Е. Острый аппендицит |
| 81. Симптом Мерфи | |
| 82. Исчезновение печеночной тупости при перкуссии живота | |
| 83. Рентгенологически - уровни в петлях тонкой кишки | |
| 84. Симптом Кохера | |

В вопросах 85 - 87 приведены результаты исследований. Укажи-те, какому из осложнений желчнокаменной болезни они соответству-ют. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|---|---|
| 85. При УЗИ выявляются расширенные внутрипеченочные и внепеченочные желчные протоки | А. Внутренний билио- дигестивный свищ |
| 86. Аэрохолия при обзорной рентгено- графии брюшной полости | В. Нарушение прохо- димости в дисталь- ной части холедоха |
| 87. При чрескожной чреспеченочной холангиографии контраст не поступает в желудочно-кишечный тракт | |

В вопросах 88 - 92 перечислены осложнения желчнокаменной бо-лезни. Выберите соответствующее и адекватное для каждого из них оперативное вмешательство. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|--|---|
| 88. Волянка желчного пузыря | А. Холедоходуоденоанастомоз по Юрашу-Виноградову |
| 89. Стеноз Фатерова сосочка II-III степени | В. Папиллосфинктеротомия |
| 90. Индуриативный панкреатит с нарушением проходимости холе- доха в ретропанкреатической части | С. Холецистэктомия Д. Холедохолитотомия |

91. Холедохолитиаз без признаков нарушения проходимости дистальной части холедоха
92. Вколоченный камень большого дуоденального сосочка

В вопросах 93 - 106 определите верно или неверно каждое из двух утверждений, далее определите верна или нет причинная взаимосвязь между ними:

| Ответ | Утверждение 1 | Утверждение 2 | Взаимосвязь между 1 и 2 утверждениями |
|-------|---------------|---------------|---------------------------------------|
| А | верно | верно | верна |
| В | верно | верно | неверна |
| С | верно | неверно | неверна |
| Д | неверно | верно | неверна |
| Е | неверно | неверно | неверна |

93. Одной из причин образования желчных камней является нарушение соотношения в желчи концентрации холестерина, лецитина и желчных кислот (утверждение 1),

потому что

желчь становится литогенной при увеличении в ней концентрации желчных кислот, способствующих выпадению холестерина в осадок (утверждение 2).

94. Основными причинами развития острого холецистита являются наличие микрофлоры в просвете пузыря и нарушение оттока желчи (утверждение 1),

потому что

в желчном пузыре может произойти обтурация приводящего или отводящего пузырного протока (утверждение 2).

95. Камни в общий желчный проток у большинства больных попадают из желчного пузыря (утверждение 1),

потому что

холестериновые камни, как правило, образуются в желчном пузыре (утверждение 2).

96. При повышении билирубина сыворотки крови выше 60 мкмоль/л желчные пути на холангиограмме не контрастируются (утверждение 1),

потому что

при билирубине сыворотки крови выше 60 мкмоль/л контрастное вещество не выделяется печенью (утверждение 2).

97. Наличие уробилина в моче помогает ориентироваться в характере желтухи (утверждение 1),
потому что
при механической желтухе желчь не попадает в кишечник и уробилин не образуется (утверждение 2).

98. Ультразвуковое исследование печени и желчных путей по своей информативности превосходит холецистохолангиографию (утверждение 1),
потому что
УЗИ позволяет обнаружить в желчевыводящей системе камни диаметром до 1-6 мм (утверждение 2)

99. Чрескожная чреспеченочная холангиография может быть использована при механической желтухе (утверждение 1),
потому что
этот метод исследования может быть выполнен при значительном расширении желчевыводящих путей (утверждение 2).

100. При водянке желчного пузыря на инфузионной холангиограмме определяется атонический больших размеров желчный пузырь (утверждение 1),
потому что
при водянке желчного пузыря наблюдается окклюзия его шейки или пузырного протока, в результате чего пузырь увеличивается в размерах из-за скопления в нем содержимого слизистого характера (утверждение 2).

101. Определение цвета кала при желтухе позволяет ориентироваться в ее характере (утверждение 1),
потому что
цвет кала зависит от поступления желчи в кишечник (утверждение 2).

102. При вколоченном в фатеровом сосочке камне возможно развитие панкреатита (утверждение 1),
потому что
нарушение оттока панкреатического сока является одной из причин панкреатита (утверждение 2).

103. При остром холецистите операцию производят только в первые 48 часов от начала приступа (утверждение 1),
потому что
при остром холецистите риск операции после 48 часов с момента заболевания высок (утверждение 2).

104. Удаление желчного пузыря "от шейки" имеет преимущества перед холецистэктомией "от дна" (утверждение 1),
потому что
при холецистэктомии "от шейки" желчный пузырь удаляется после перевязки пузырной артерии и операция протекает бескровно (утверждение 2).

105. При механической желтухе с холангитом показано оперативное вмешательство (утверждение 1),
потому что
механическая желтуха и холангит могут привести к острой печеночной недостаточности (утверждение 2).

106. При протяженных тубулярных стриктурах терминального отдела холедоха показано сочетание холедоходуоденостомии и папиллосфинктеротомии (утверждение 1),
потому что
двойное внутреннее дренирование позволяет исключить образование "слепого мешка" ниже холедоходуоденоанастомоза (утверждение 2).

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Схематически изобразите анатомию внепеченочных желчных ходов.
2. Какие анатомические особенности строения желчного пузыря Вы знаете? Что такое ходы Люшка?
3. Какие образования входят в состав печеночно-двенадцатиперстной связки?
4. Что такое холецистохолангиография? Как она выполняется? Какие противопоказания к ее выполнению Вы знаете?
5. Как выполняется эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография? Какие условия ее выполнения?
6. Назовите другие современные методы исследования для диагностики заболеваний печени и желчевыводящих путей.
7. Назовите основные причины образования камней в желчных путях.
8. Опишите клинические признаки желчнокаменной болезни.

9. Какие интраоперационные методы исследования состояния желчевыводящих путей Вы знаете?
10. Что такое механическая желтуха. Какие причины развития механической желтухи Вы знаете?
11. Какая локализация камня в желчевыводящих путях приводит к развитию желтухи?
12. Назовите клинические проявления механической желтухи.
13. Какие лабораторные методы исследования необходимо провести при механической желтухе?
14. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика механической желтухи?
15. В чем заключается синдром Курвуазье?
16. Что такое холемия, ахолия и в чем их опасность для больного?
17. Какие особенности подготовки больных и операции при механической желтухе? С какой целью назначаются препараты витамина К?
18. Какие операции выполняются при желчно-каменной болезни?
19. Назовите разрезы, применяющиеся при операциях на желчных путях.
20. Назовите показания к холедохотомии и дренированию холедоха.
21. Какие виды дренирования холедоха Вы знаете?
22. Какие показания к операции трансдуоденальной папиллотомии?
23. Назовите симптомы острого холецистита.
24. Назовите типичную иррадиацию болей при остром холецистите?
25. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать острый холецистит?
26. Назовите принципы консервативного лечения острого холецистита.
27. В каких случаях показана неотложная операция при остром холецистите?
28. Тактика хирурга при различных формах течения острого холецистита.
29. Какие оперативные вмешательства применяются при остром холецистите?
30. Показания и особенности эндоскопических операций при ЖКБ?
31. Какие принципы ведения больных в послеоперационном периоде?
32. Какие осложнения острого холецистита Вы знаете?
33. Что такое водянка и эмпиема желчного пузыря? В чем их клиническое отличие?

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Поджелудочная железа филогенетически и анатомически тесно связана с печенью, двенадцатиперстной кишкой. *Pancreas* - «всё мясо» - на разных языках звучит как "поддон для плоти", "подушка для желудка". Она расположена поперек на уровне I-II поясничных позвонков (справа- головка и крючковидный отросток прилежат к двенадцатиперстной кишке, слева - хвост достигает ворот селезенки). Левее головки и позади неё проходят верхнебрыжеечные сосуды, здесь железа становится тоньше. Это место называют перешейком, который продолжается левее в тело и хвост.

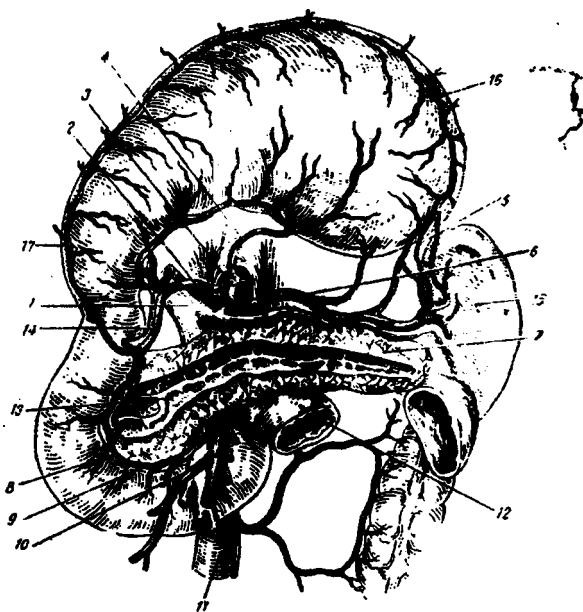


Рис. 36. Анатомия поджелудочной железы.

- 1 - v. portae; 2 - a. hepatica; 3 - a. coeliaca; 4 - a. gastrica sinistra.
 5 - aa. gastricae breves; 6 - a. lienalis; 7 - pancreas;
 8 - a. pancreaticoduodenalis superior. 9 - a. pancreaticoduodenalis inferior;
 10 - a. colica dextra; 11 - aorta; 12 - jejunum; 13 - ductus Wirsungi.
 14 - a. gastroduodenalis; 15 - lien; 16 и 17 - a. gastroepiploica dextra и sinistra

Спереди и снизу тело и хвост железы покрыты брюшиной, иногда называемой "капсулой", от которой в железу входят соединительнотканые перегородки, разделяющие паренхиму железы на дольки, которые делятся на группы клеток, составляющих ацинусы. Образуясь из двух зачатков дорзального и вентрального, поджелудочная железа дренируется через два протока, которые соединяются в области головки. В дальнейшем Вирсунгов проток впадает в ампулу большого дуоденального соска (*papilla Vateri*), а Санторинов (*d. Santorini*) на 2 см выше впадает в двенадцатиперстную кишку самостоятельно.

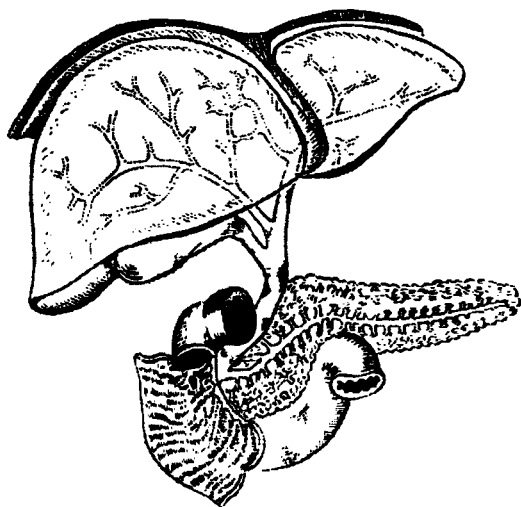


Рис. 37. Схема желчевыводящих путей и связь их с поджелудочной железой

В 7% случаев протоки не соединяются, в таких случаях *d. Santorini* дренирует тело и хвост, а Вирсунгов проток только головку и крючковидный отросток.

Поджелудочная железа выделяет в кровь гормоны (инсулин, глюкагон, соматостатин и некоторые полипептиды, ингибитор протеаз).

В просвет 12-перстной кишки выделяется большое количество бикарбонатов (до 2000 ml) и панкреатические ферменты: трипсин, химотрипсин, липаза, амилаза и др. Несмотря на то, что амилаза также образуется в слюнных железах, в молочных при лактации, в печени, маточных трубах, определение концентрации амилазы в крови и моче - наиболее распространенный тест при любой патологии поджелудочной железы.

Классификация заболеваний поджелудочной железы

I. Пороки развития:

1. Аномалия положения
2. Добавочная железа
3. Кольцевидная железа

II. Повреждения:

1. Закрытые
2. Открытые

III. Панкреатиты:

1. Острые
2. Хронические

IV. Опухоли:

1. Доброкачественные
2. Злокачественные

V. Кисты:

1. Ложные
2. Истинные

VI. Свищи:

1. Наружные
2. Внутренние

МКБ 10

| | |
|---------------|---|
| K85 | <i>Острый панкреатит</i> |
| K86 | <i>Другие болезни поджелудочной железы</i> |
| K86.0 | Хронический панкреатит алкогольной этиологии |
| K86.1 | Другие хронические панкреатиты |
| K86.2 | Киста поджелудочной железы |
| K86.3 | Ложная киста поджелудочной железы |
| K86.8 | Другие уточненные болезни поджелудочной железы |
| K86.9 | Болезнь поджелудочной железы неуточненная |
| K87* | <i>Поражения желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы при болезнях, классифицированных в других рубриках</i> |
| K87.0* | Поражение желчного пузыря и желчевыводящих путей при болезнях, классифицированных в других рубриках |
| K87.1* | Поражение поджелудочной железы при болезнях, классифицированных в других рубриках |

Острый панкреатит - воспалительно-некротическое поражение поджелудочной железы, развивающееся в результате ферментативного аутолиза или самопереваривания.

Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости панкреатит занимает по частоте третье место после острого аппендицита и острого холецистита. Женщины страдают острым панкреатитом в 3-4 раза чаще, чем мужчины.

Причины, вызывающие острый панкреатит:

1. Билиарно-панкреатический рефлюкс, обусловленный блокадой устья фатерова сосочка.
2. Блокада оттока панкреатического сока.
3. Повреждение ацинарных клеток поджелудочной железы при закрытой и открытой травме живота, оперативных вмешательствах, экзогенных интоксикациях, алиментарных нарушениях (алкоголь).
4. Острые расстройства кровообращения в железе (перевязка, тромбоз, эмболия, сдавление сосудов и др.)
5. Дуодено-панкреатический рефлюкс.
6. Эндокринные нарушения (гиперпаратиреоз, беременность, длительное лечение кортикостероидами, выраженная гиперлипидемия).
7. Аллергические и аутоиммунные компоненты.
8. Meders и Brown назвали 140 причин панкреатита.

Классификация острого панкреатита

(принята на V Всероссийском съезде хирургов в 1978 году)

1. Отечный панкреатит
2. Жировой панкреонекроз
3. Геморрагический панкреонекроз.

Клинические стадии (фазы) острого панкреатита

- I стадия - шока, гемодинамических нарушений 1-3 суток
- II стадия - функциональной недостаточности паренхиматозных органов (5-7 сутки)
- III стадия - постнекротических и гнойных осложнений (2-4 недели).

М.И.Филимонов на основании классификации, принятой в 1991г. в Атланте и в 1997 г. в Европе различает:

- 1) стерильный панкреанекроз;
- 2) инфицированный панкреанекроз.

В первой, доинфекционной фазе заболевания он выделяет следующие внутрибрюшинные осложнения:

- 1) ферментативный асцит-перитонит, развитие которого определяется аутоферментной «агрессией», протекающей в абактериальных условиях, как правило, в ранние сроки заболевания;
- 2) парапанкреатический инфильтрат, морфологическую основу которого составляет некротическая («абактериальная») флегмона различных отделов забрюшинной клетчатки;
- 3) псевдокисту различной степени зрелости, которая формируется спустя месяц и более от начала заболевания.

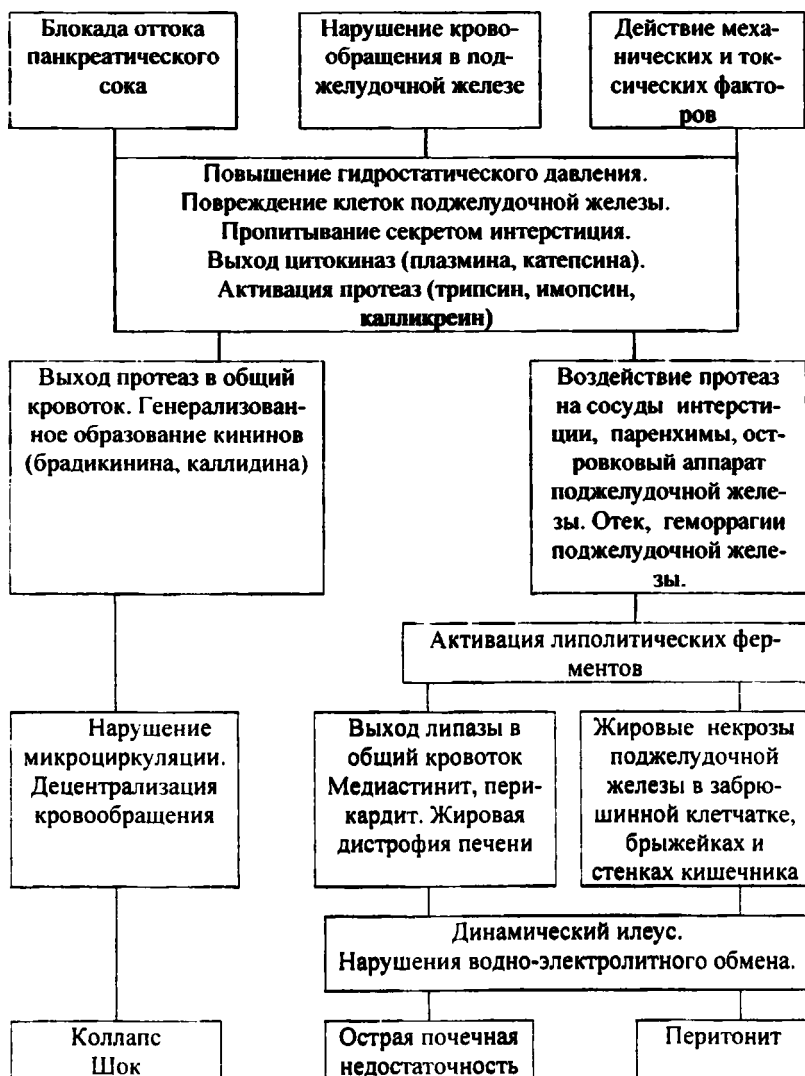
Для инфекционной фазы патологического процесса наиболее характерно сопутствующее развитие:

- 1) септической некротической флегмоны различных отделов забрюшинного пространства;
- 2) панкреатогенного абсцесса (забрюшинного или внутрибрюшинного), что в большей степени соответствует эволюции отграниченных (мелко- или крупноочаговых) форм поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки;
- 3) гнойного перитонита (при «разгерметизации» забрюшинного пространства).

М.И.Филимонов среди экстраабдоминальных осложнений выделяет:

- 1) панкреатогенный ферментативный шок;
- 2) септический (или инфекционно-токсический) шок;
- 3) полиорганную дисфункцию (недостаточность) с указанием степени тяжести состояния больного по интегральным системам-шкалам – APACHE II, MODS, SOFA;
- 4) тяжелый панкреатический сепсис.

Схема патогенеза острого панкреатита по М.И. Кузину



**Схема патогенеза гемодинамических нарушений
при остром панкреатите по М.И.Кузину**



Клиника

зависит от морфологических изменений и фазы процесса.

1. Выраженная боль в эпигастрии с иррадиацией в поясницу или опоясывающего характера.
2. Тошнота.
3. Рвота (неукротимая, не приносящая облегчения)
4. Бледность кожных покровов иногда с наличием цианоза (с-м Мондора), холодного липкого пота.
5. Субиктеричность или желтуха кожи и слизистых оболочек.
6. Брадикардия, сменяющаяся тахикардией.
7. Артериальная гипертензия.
8. Коллапс (при деструктивном панкреатите).
9. Резкая болезненность в эпигастрии при мягком животе.
10. Вздутие живота в подчревной области (с-м Боде).
11. Ригидность и болезненность брюшной стенки в проекции поджелудочной железы (с-м Керте), "резиновый живот" по Мондору.
12. Болезненность при надавливании в левом реберно-позвоночном углу (с-м Мейо-Робсона).
13. Исчезновение пульсации в надчревной области (с-м Воскресенского).
14. Болезненность при перкуссии над поджелудочной железой (с-м Раздольского, Менделя).
15. Симптом Грей-Тернера - цианоз кожи на левой боковой области живота.
16. Симптом Кулена - цианоз кожи вокруг пупка.
17. Симптом Грюнвальда - кровоизлияния вокруг пупка.

Диагностика

1. *Ультразвуковая диагностика*: увеличение размеров, снижение эхогенности, "размытость" контуров, скопление жидкости вблизи железы, сопутствующий холедохолитиаз и др.
2. *Лабораторные методы*:
 - а) общий анализ крови (нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускоренное РОЭ)
 - б) биохимический анализ крови (повышение активности амилазы, липазы, трипсина), снижение активности ингибиторов трипсина, повышение уровня билирубина, гипергликемия, снижение кальция);
 - в) нарушения в свертывающей системе крови (гиперкоагуляция);

- г) изменение калликреин-кининовой системы (снижение уровня кининогена, прекалликреина, ингибитора калликреина);
- д) анализ мочи (амилазурия, резкое снижение суточного и часового диуреза вплоть до анурии, протеинурия, микрогематурия, цилиндринурия);
- е) соотношение клиренса амилазы и клиренса креатинина более 5.

3. Рентгенодиагностика:

- а) обзорная рентгеноскопия (высокое стояние левого купола диафрагмы, ограничение его подвижности, выпот в левом плевральном синусе, парез кишечника);
- б) контрастное исследование желудка и 12-перстной кишки (смещение желудка кпереди, расширение петли 12-перстной кишки);
- в) компьютерная томография.

4. Специальные методы исследования:

- а) гастро- и дуоденоскопия (оттеснение задней стенки желудка и привратника, гиперемия, отек и эрозии в области оттеснения, разворот петли 12-перстной кишки, дуоденит);
- б) лапароскопия (бляшки очаговых некрозов жировой ткани, выпот в брюшной полости с высокой активностью ферментов).

Дифференциальный диагноз проводится со следующими заболеваниями:

1. Острый холецистит.
2. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки.
3. Острый аппендицит.
4. Острая кишечная непроходимость.
5. Острый гастрит.
6. Пищевая токсикоинфекция.
7. Инфаркт миокарда.

Принципы лечения острого панкреатита

1. Максимальное снятие боли.
2. Создание функционального покоя поджелудочной железы (голод). Сандостатин. Цитостатики.
3. Аспирация желудочного содержимого.
4. Инактивация протеолитических ферментов (ингибиторы протеаз).
5. Борьба с интоксикацией: форсированный диурез (объем инфузионной терапии на фоне введения мочегонных и сердечных средств может достигать 8-10% от веса тела), альбумин, плазма.

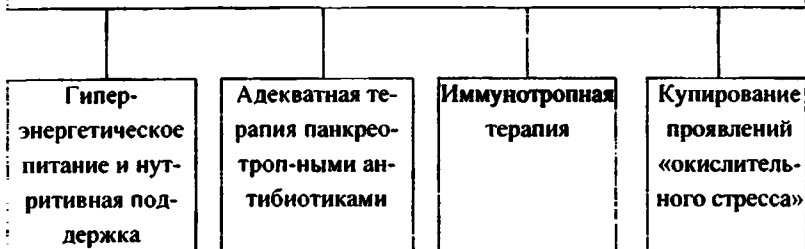
6. Устранение явлений желчной и панкреатической гипертензии (спазмолитики).
7. Нормализация сердечно-сосудистой деятельности.
8. Коррекция гидро-ионных нарушений и нарушений кислотно-щелочного равновесия.
9. Экстракорпоральная детоксикация (гемосорбция, плазмоферез).
10. Профилактика и лечение вторичных воспалительных изменений.

Антибиотики широкого спектра.

11. Искусственное парентеральное питание не менее 2,5 тысяч килокалорий в сутки.
12. Панкреатогенный (ферментативный, абактериальный) перитонит является показанием к лапароскопической санации и дренированию брюшной полости.
13. Показаниями к операции при панкреанекрозе являются:
 - Инфицированный панкреонекроз и (или) панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит.
 - Стойкая или прогрессирующая дисфункция (недостаточность), сохраняющиеся симптомы системной воспалительной реакции независимо от факта инфицирования при проведении компетентной базисной консервативной терапии.

КОМПЛЕКС ЛЕЧЕБНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ

по А.Д.Толстому и соавт., 2002



| ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА АНТИБИОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ИНФИЛЬТРАТА | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------|--|-----------------|
| по А.Д.Толстому и соавт., 2002 | | | | |
| Препарат | Фармакологическая группа | Тяжесть клинической картины | Курс лечения | Стоимость курса |
| Абактал (норфлоксацин) | Группа фторхинолонов | среднетяжелый ОДП | 400 мг в 250-400 мл 5-10% р-ра глюкозы, в/в инфузии, 2 р/сут. Курс – 5 сут. | \$12 |
| | | тяжелый ОДП | обязательна комбинация с другими антибиотическими препаратами или антисептиками (гипохлорит натрия, диоксидин) | |
| Тиенам (имипенем/циластин) | Группа карбапенемов | среднетяжелый ОДП | 500 мг, в/в, 2 р/сут. Курс – 5-7 сут. | \$160 |
| | | тяжелый ОДП | 500 мг, в/в инфузии на изотоническом р-ре NaCl, 3-4 р/сут. Курс – 5 сут. Возможны осложнения (стоматит, дисбактериоз) | \$250-320 |
| Максипим* (цефепим) | Группа цефалоспоринов (4 поколение) | среднетяжелый ОДП | 1 г, в/в инфузии на 250-400 мл изотонического р-ра NaCl, 2 р/сут. Курс – 5 сут. | \$120 |
| | | тяжелый ОДП | 2 г, в/в инфузии на 250-400 мл изотонического р-ра NaCl. 2 р/сут. Курс 5 сут. | \$240 |
| * - обладает выраженной панкреотропностью | | | | |

Методы дренирующих операций забрюшинного пространства при панкреанекрозе классифицируются следующим образом:

- 1) «закрытый»;
- 2) «открытый»;
- 3) «полуоткрытый».

«Закрытый» метод дренирующих операций включает активное дренирование забрюшинной клетчатки и брюшной полости в условиях анатомической целостности полости сальниковой сумки и брюшной полости. Техническое решение этого метода обеспечено имплантацией нескольких многоканальных силиконовых дренажных конструкций для введения антисептических растворов фракционно или капельно в очаг некротической деструкции (инфекции) с постоянной активной аспирацией.

Современная модификация «закрытого» метода предполагает применение вариантов лапароскопической «закрытой» оментобурсоскопии и санации полости сальниковой сумки и различных отделов забрюшинной клетчатки. С использованием лапароскопической техники выполняют лапароскопию, декомпрессию желчного пузыря, санацию и «закрытое» дренирование брюшной полости.

«Открытый» метод дренирующих операций при панкреанекрозе предполагает выполнение программированных ревизий и санаций забрюшинного пространства и имеет два основных варианта технических решений, определяемых преимущественным масштабом и характером поражения забрюшинной клетчатки и брюшной полости:

- панкреатооментобурсостомия + люмботомия;
- панкреатооментобурсостомия + лапаростомия.

Панкреатооментобурсостома может включать фиксацию фрагментов желудочно-ободочной связки к париетальной брюшине в верхней трети лапаротомной раны по типу марсупиализации и дренирование всех зон некроза (инфекции) дренажами Пенроза в комбинации с много просветными трубчатыми конструкциями. Дренаж Пенроза, именуемый в отечественной литературе как «резиново-марлевый тампон», пропитывают антисептиками и мазями на водорастворимой основе.

«Полуоткрытый» метод дренирования, известный с 60-х годов, при панкреанекрозе предполагает установку трубчатых многопросветных дренажных конструкций в комбинации с дренажами Пенроза. В этих условиях лапаротомную рану ушивают послойно, а комбинированную конструкцию дренажей выводят через широкую контрапертуру в пояснично-боковых отделах живота (люмботомия).

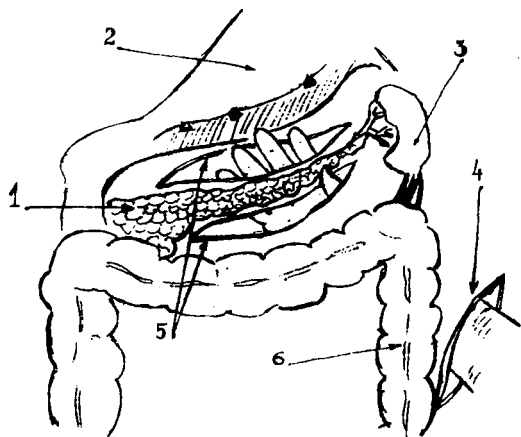


Рис. 38. Мобилизация поджелудочной железы (по В.Н.Шиленку)

- 1 – поджелудочная железа; 2 – желудок; 3 – селезенка;
4 – переходная складка брюшины (рассечена);
5 – рассеченная париетальная брюшина; 6 – Colon descendens.

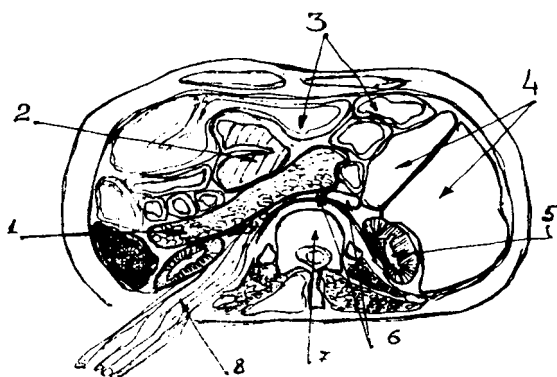


Рис. 39. Дренажирование забрюшинного пространства
1 – поджелудочная железа; 2 – желудок; 3 – тонкий кишечник;
4 – печень; 5 – правая почка; 6 – аорта и v.cava inferior;
7 – тело позвонка; 8 – дренажные трубки.

Типы операций при остром панкреатите

1. Мобилизация головки по Кохеру, а также тела и хвоста pancreas из забрюшинной клетчатки по Козлову, Шиленку (рис.46).
2. Некрэктомия, секвестрэктомия.
3. Резекция хвоста и тела поджелудочной железы.
4. Панкреатэктомия.
5. Дренирование сальниковой сумки.
6. Оментопанкреатопексия.
7. Абдоминализация поджелудочной железы.
8. Дренирование забрюшинного пространства через люмботомию.
9. Декомпрессия желчевыводящих путей.
10. Лапароскопическое дренирование брюшной полости, сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки.

Прогноз: Общая летальность при панкреатите составляет 3-7%, при субтотальном некрозе - 38%, при тотальном некрозе до 100%.

| ЛЕТАЛЬНОСТЬ И ЧАСТОТА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА по А.Д.Толстому и соавт., 2002 | | |
|---|-------------|----------------------------|
| Долевое число | Летальность | Частота гнойных осложнений |
| МЕЛКООЧАГОВЫЙ НЕКРОЗ | | |
| 38% | 4,8% | 6,1% |
| СРЕДНЕОЧАГОВЫЙ НЕКРОЗ | | |
| 32% | 25% | 42% |
| КРУПНООЧАГОВЫЙ НЕКРОЗ | | |
| 24% | 40% | 64% |
| ТОТАЛЬНО-СУБТОТАЛЬНЫЙ НЕКРОЗ | | |
| 6% | 83% | 38% |

Ситуационные задачи

1. В приемное отделение поступила больная 52 лет. Накануне обильно поужинала. Утром ощутила резчайшие боли в эпигастральной области, опоясывающего характера. Появилось затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость, обильное потоотделение. Температура 36°C . Расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы не отходят. Раньше ничем не болела. Доставлена через 2 ч от начала заболевания.

При осмотре состояние тяжелое, больная бледна, выражен акроцианоз, кожа покрыта холодным потом. Пульс 140 в мин. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот принимает участие в акте дыхания. Перистальтика вялая. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Живот мягкий при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность в эпигастральной области. Симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона положительные.

Лейкоцитов в крови $12,0 \cdot 10^9$ /л. Амилаза мочи 310 ммоль/час/л. Какое исследование необходимо?

2. Больная 48 лет поступила в клинику по поводу острого панкреатита. Комплекс консервативных мероприятий не дал эффекта. Состояние ухудшилось. Появилась прогрессирующая желтуха. При УЗИ констатирован отек поджелудочной железы. Общий желчный проток расширен. Желчный пузырь увеличен в объеме, в нем определяются камни. Было решено больную оперировать.

Объем оперативного пособия?

3. У тучного больного 50 лет через 24 часа после приема большой дозы алкоголя появились резкие боли в эпигастрии, которые отдавали в спину и сопровождались многократной рвотой, не приносящей облегчения. Температура тела оставалась нормальной. Через 3 часа с момента заболевания доставлен в приемное отделение.

При осмотре состояние тяжелое. Кожа покрыта холодным потом, на лице гиперемия с цианотичным оттенком. Пульс 120 в мин., артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен налетом. Живот умеренно и равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации брюшная стенка ригидна. Перкуторно печеночная тупость сохранена, свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомы Блюмберга, Менделя, Раздольского отрицательные, симптомы Воскресенского, Холстеда, Мейо-Робсона положительные. Пе-

ристалтика вялая. Стула не было. Мочеиспускание без особенностей.

1. О каком заболевании следует думать при поступлении больного?
 - а) Перфоративная гастродуоденальная язва
 - б) Острая странгуляционная кишечная непроходимость
 - в) Деструктивный аппендицит с забрюшинным расположением червеобразного отростка
 - г) Острый панкреатит
 - д) Острый мезентериальный тромбоз
2. Гиперемия лица с цианотичным отеком соответствует симптому:
 - а) Грея Турнера
 - б) Холстеда
 - в) Мондора
 - г) Куллена
 - д) Грюнвальда
3. Для подтверждения диагноза в первую очередь Вы выполните следующее лабораторное исследование:
 - а) Общий анализ крови и мочи
 - б) Определите содержание α -амилазы в моче и крови
 - в) Определите наличие уробилина в моче и стеркобилина в кале
 - г) Определите в крови уровень трипсина и его ингибитора
 - д) Определите базальную секрецию соляной кислоты
4. Назовите наиболее рациональный инструментальный метод исследования, который подтвердит Ваш диагноз:
 - а) УЗИ брюшной полости
 - б) Пневмоперитонеум
 - в) Лапароскопия
 - г) Рентгеноконтрастное исследование 12-перстной кишки в условиях искусственной гипотонии
 - д) Рентгенологическое исследование пассажа бария по кишечнику
5. О наличии какой стадии диагностированного Вами заболевания может идти речь:
 - а) Стадии шока
 - б) Мнимого благополучия
 - в) Полиорганной недостаточности
 - г) Перитонита
 - д) Постнекротических осложнений

6. В патогенезе данного заболевания ведущая роль принадлежит:
- а) Высокой кислотопродукции желудка
 - б) Нарушениям системы гемостаза
 - в) Спаечному процессу в брюшной полости
 - г) Ферментативному аутолизу органа
 - д) Дуоденогастральному рефлюксу
7. Консервативное лечение данного больного будет включать:
- 1) Голод,
 - 2) Антибиотики широкого спектра,
 - 3) Форсированный диурез
 - 4) Аспирацию желудочного содержимого с последующим промыванием желудка щелочными растворами
 - 5) Введение блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов
 - а) 2, 4, 5
 - б) 1, 2, 3, 4, 5
 - в) 3, 4, 5
 - г) 4, 5
 - д) 1, 5
8. Медикаментозная терапия у данного больного будет включать:
- 1) Цитостатики,
 - 2) Сандостатин,
 - 3) Ингибиторы протеаз,
 - 4) Мочегонные препараты.
 - 5) Прием панзинорма или фестала
 - а) 1, 2, 3
 - б) 1, 2, 3, 4
 - в) 1, 3, 5
 - г) 3, 4, 5
 - д) 3, 4
9. Для снятия болевого синдрома Вы назначите:
- 1) Спазмолитики,
 - 2) Наркотические анальгетики (морфин),
 - 3) Ненаркотические анальгетики.
 - 4) Масочный наркоз,
 - 5) Внутривенное введение 0,5% р-ра новокаина?
 - а) 1, 4
 - б) 2, 5
 - в) 2, 4, 5
 - г) 1, 3, 5

10. О прогрессировании данного заболевания будут свидетельствовать:

- 1) Нарастающий нейтрофильный лейкоцитоз,
 - 2) Рост уровня С-реактивного белка
 - 3) Резкое падение активности α -амилазы,
 - 4) Падение уровня кальция в сыворотке крови,
 - 5) Появление выпота в левой плевральной полости?
- а) 1, 2
 - б) 1, 2, 3
 - в) 1, 3, 4, 5
 - г) 1, 2, 3, 4, 5

11. На 3-и сутки на фоне интенсивной терапии у данного больного появилась желтуха. Чем она чаще всего обусловлена?

- а) Ферментативным холециститом
- б) Пилефлебитом
- в) Холангитом
- г) Сдавлением холедоха отечной головкой поджелудочной железы
- д) Водянкой желчного пузыря

12. На 4-е сутки на фоне интенсивной терапии общее состояние больного тяжелое, выраженная желтуха, гипертермия, появились симптомы Менделя, Блюмберга. α -амилаза мочи снизилась с 765 до 12 г/час/л. Данная клиническая картина может быть связана со следующими обстоятельствами:

- 1) Абортным течением заболевания,
 - 2) Прогрессирующим панкреонекрозом,
 - 3) Развитием перитонита,
 - 4) Абсцессом головки поджелудочной железы,
 - 5) Флегмоной забрюшинной клетчатки
- а) 1
 - б) 2, 3, 5
 - в) 4, 5
 - г) 4
 - д) 5

13. Судя по клинике это:

- 1) Стерильный панкреонекроз
- 2) Инфицированный панкреонекроз
- 3) Парапанкреатический абактериальный инфильтрат

4) Септическая некротическая флегмона

5) Гнойный перитонит

а) 1, 3

б) 1, 3, 4

в) 2, 4, 5

г) 1, 3, 5

14. Наиболее эффективным из способов экстракорпоральной детоксикации для данного больного будет

а) Мембранный плазмаферез

б) Гемосорбция с использованием угольных сорбентов

в) Гемосорбция с использованием овосорба

г) Лимфосорбция

д) Гемодиализ

15. В случае операции объем хирургического вмешательства может включать:

а) Декомпрессию внепеченочных желчных протоков одним из методов

б) Устранение источника перитонита в сочетании с одним из видов ваготомии

в) Мобилизацию поджелудочной железы и дренирование забрюшинного пространства сальниковой сумки и брюшной полости

г) Некрэктомия, секвестрэктомия

д) а, в

Тестовый контроль знаний

На вопросы 1 – 8 выберите наиболее правильный ответ (ответы):

1. У мужчин наиболее частой причиной острого панкреатита является:

А. Заболевания желчевыводящей системы

В. Злоупотребление алкоголем

С. Травма поджелудочной железы

Д. Пенетрирующая язва желудка и двенадцатиперстной кишки

Е. Сахарный диабет

2. У женщин наиболее частой причиной острого панкреатита является:

А. Применение гормональных противозачаточных средств

В. Аборты

С. Травма поджелудочной железы

- Д. Злоупотребление алкоголем
- Е. Заболевания желчевыводящей системы

3. Укажите наиболее ранний и частый симптом острого панкреатита:

- А. Неукротимая рвота
- В. Симптом Блюмберга-Щеткина
- С. Геморрагии, экхимозы, цианоз на теле
- Д. Динамический илеус
- Е. Боль в животе

4. С помощью ультразвукового исследования поджелудочной железы можно выяснить:

- А. Структуру железы и окружающей клетчатки
- В. Секреторную функцию железы
- С. Кровоснабжение железы
- Д. Стриктуру санторинова протока
- Е. Состояние островкового аппарата железы

5. Какое исследование может спровоцировать острый панкреатит?

- А. Внутривенная холангиография
- В. Гастродуоденоскопия
- С. Чрескожная чреспеченочная холангиография
- Д. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
- Е. Селективная верхнебрыжечная ангиография

6. Назовите наиболее вероятную причину гипокальциемии при остром панкреатите

- А. Обширный распространенный жировой некроз
- В. Отек pancreas
- С. Поражением островкового аппарата pancreas
- Д. Длительное голодание больного
- Е. Форсированный диурез

7. Осложнениями острого панкреатита может быть все перечисленное кроме:

- А. Абсцесса сальниковой сумки
- В. Печеночно-почечной недостаточности
- С. Портальной гипертензии
- Д. Кисты поджелудочной железы
- Е. Перитонита

8. Какая клиническая картина характерна для острого панкреатита?

- А. Боли в эпигастрии и правом подреберье с иррадиацией в правое надплечье, желтушность кожных покровов, напряжение мышц в правом подреберье, положительный симптом Мерфи.
- В. Боли в эпигастрии и левом надребье, одышка, гиперемия левой половины лица, кашель.
- С. Резчайшие боли в эпигастрии, гиперемия лица. Вздутие живота. Положительный симптом Мейо-Робсона. Лейкоцитоз, гиперамилазурия, гипокальциемия.
- Д. Резкая боль в эпигастриальной области. Доскообразный живот. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всему животу.
- Е. Интенсивные боли в левом подреберье и эпигастрии с иррадиацией в плечо. При пальпации живота резкая болезненность в левой половине и области 10-11 ребер. Симптом "Ваньки-встаньки"

9. Какой из указанных методов наиболее информативен в дифференциальной диагностике острого деструктивного панкреатита:

- А. Внутривенная холангиография
- В. Обзорная рентгенография брюшной полости
- С. Ретроградная панкреатохолангиография
- Д. Эзофагогастродуоденоскопия
- Е. Ультразвуковое исследование брюшной полости

В вопросах 10 - 12 перечислены методы лечения. Выберите соответствующие им заболевания. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|--|--|
| 10. Лапароскопическая холецистэктомия и дренирование брюшной полости | А. Острый панкреатит, стерильный панкреонекроз |
| 11. Эвакуация желудочного содержимого. Лечение цитостатиками, антиферментами, спазмолитиками, сандостатином, снятие боли, антибиотиками, форсированный диурез, экстракарпоральная детоксикация | В. Геморрагический панкреонекроз, перитонит |
| 12. Мобилизация поджелудочной железы, при необходимости ее резекция, транслумбальное дренирование сальниковой сумки, лаваж брюшной полости | С. Панкреатит, ферментативный холецистит, стерильный асцит-перитонит |

В вопросах 13 - 17 перечислены физиологические эффекты. Выберите соответствующие им гормоны. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|---|-------------------|
| 13. Стимуляция секреции желудка | А. Гастрин |
| 14. Снижение уровня сахара в крови и увеличение его накопления в печени | В. Секретин |
| 15. Стимуляция секреции бикарбонатов и воды поджелудочной железой | С. Холецистокинин |
| 16. Сокращение желчного пузыря и расслабление сфинктера Одди | Д. Инсулин |
| 17. Увеличение уровня сахара в крови и уменьшение накопления его в печени | Е. Глюкагон |

В вопросах 18 - 29 перечислены симптомы заболеваний. Для каких острых хирургических заболеваний они характерны? "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|--|--|
| 18. Схваткообразные боли в животе | А. Острый панкреатит |
| 19. Постоянные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое надплечье | В. Острый холецистит |
| 20. Опоясывающий характер болей | С. Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки |
| 21. Экхимозы в окружности пупка и в боковых отделах живота | Д. Острая кишечная непроходимость |
| 22. Симптом Мерфи | Е. Острый аппендицит |
| 23. Исчезновение печеночной тупости | |
| 24. Положительный симптом Склярова | |
| 25. Рентгенологически - наличие воздуха под куполом диафрагмы | |
| 26. Положительный симптом Бартомье-Михельсона | |

- 27. Асимметрия живота
- 28. "Доскообразный" живот
- 29. Положительный симптом Кохера

В вопросах 30 - 43 перечислены симптомы заболеваний. Выберите соответствующие им болезни. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|---|---------------------------------|
| 30. Острая боль в костовертебральном углу слева | А. Острый панкреатит |
| 31. Опоясывающий характер болей | В. Перфоративная язва желудка |
| 32. Экхимозы в окружности пупка и в боковых отделах живота | С. Тонкокишечная непроходимость |
| 33. Исчезновение печеночной тупости | |
| 34. Асимметричное вздутие живота, видимая на глаз перистальтика | |
| 35. "Резиновый живот" | |
| 36. Симптом Валя | |
| 37. Рентгенологически — газ под куполом диафрагмы | |
| 38. Симптом «шума плеска» | |
| 39. Уменьшение содержания кальция в крови | |
| 40. В желудке застойное кишечное содержимое | |
| 41. Неукротимая рвота с самого начала заболевания | |
| 42. Наличие выпота в левом плевральном синусе | |
| 43. Доскообразный живот с момента заболевания | |

В вопросах 44 - 56 перечислены симптомы заболеваний. Выберите соответствующие им болезни. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|---|--|
| 44. Схваткообразная боль в животе на высоте перистальтической волны | А. Острый панкреатит |
| | В. Острая механическая кишечная непроходимость |

45. Сильная постоянная боль в животе
46. Рвота, облегчающая боль
47. Боль, опоясывающего характера
48. Ослабление или отсутствие перистальтики кишечника в первые часы заболевания
49. Синдром Кулсмауля
50. Желтуха
51. Положительный симптом Василенко
52. Зияние заднепроходного отверстия
53. Рентгенологически - подкова" двенадцати-перстной кишки развернута, желудок расширен
54. Положительный симптом Кивуля
55. Положительный симптом Керте
56. Положительный симптом Мондора

С. Дуоденальная язва,
осложненная стенозом

В вопросах 57 – 73 выберите наилучшую комбинацию ответов по схеме:

| А | В | С | Д | Е |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| если верно только | если верно только | если верно только | если верно только | если все правильно |
| 1, 2, 3 | 1, 3 | 2, 4 | 4 | |

57. Основные задачи в лечении острого панкреатита:

1. Борьба с болью
2. Устранение гиповолемии
3. Торможение энзиматической активности поджелудочной железы
4. Профилактика инфекции

58. Основными этиологическими факторами в развитии острого панкреатита являются:

1. Обильная еда
2. Желчнокаменная болезнь
3. Прием алкоголя
4. Тяжелый физический труд

59. Характерными симптомами острого панкреатита являются:
1. Сильная боль в животе, опоясывающего характера
 2. Вздутие в эпигастрии с развитием в последующем пареза кишечника
 3. Тошнота, неукротимая рвота
 4. Симптом Обуховской больницы
60. При тяжелых формах деструктивного панкреатита наблюдаются:
1. Гипокальциемия
 2. Гиповолемия
 3. Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево
 4. Желтуха
61. Какие методы лабораторного исследования наиболее информативны в диагностике острого панкреатита?
1. Определение амилазы в крови и моче
 2. Определение трипсина и его ингибитора в сыворотке крови
 3. Определение активности липазы в сыворотке крови
 4. Определение активности аланинаминотрансферазы в сыворотке крови
62. Какие биохимические изменения характерны для острого панкреатита?
1. Гипергликемия
 2. Нарастание С-реактивного белка в крови
 3. Гипокальциемия
 4. Гиперальбуминемия
63. В поджелудочной железе различают:
1. Тело
 2. Хвост
 3. Головку
 4. Крючковидный отросток
64. Кровоснабжение поджелудочной железы осуществляется ветвями артерий:
1. Селезеночной
 2. Гастродуоденальной
 3. Верхней брыжеечной
 - 4.левой печеночной

65. Регуляция панкреатической секреции осуществляется:

1. Блуждающими нервами
2. Ионами кальция
3. Гормонами двенадцатиперстной кишки и желудка
4. Гормонами мозгового слоя надпочечников

66. Главный проток поджелудочной железы (вирсунгов):

1. Образуется от слияния мелких дольковых протоков на всем протяжении
2. В головке поджелудочной железы может соединяться с добавочным (санторинным) протоком
3. Наиболее часто впадает в двенадцатиперстную кишку вместе с холедохом, образуя общую ампулу
4. В 5-10% случаев не является основным, а главную функцию выполняет добавочный проток

67. При остром панкреатите:

1. Уровень амилазы в крови и моче снижается в первые часы заболевания
2. Уровень сывороточной липазы в первые часы заболевания повышается
3. Быстрое падение уровня сывороточной амилазы на фоне тяжелого состояния больного не имеет прогностического значения
4. Раннее и стойкое увеличение концентрации трипсина и его ингибитора в сыворотке крови

68. Консервативная терапия при остром панкреатите включает:

1. Сохранение панкреатической секреции путем применения секретина или панкреозимина
2. Снижение внешнесекреторной функции поджелудочной железы путем аспирации желудочного содержимого
3. Раннее полноценное калорийное оральное питание больного
4. Дезинтоксикация через форсированный диурез

69. Хирургическое или лапароскопическое лечение при остром панкреатите показано при:

1. Стабильно тяжелом состоянии при консервативном лечении в течение 36-48 часов
2. Сочетании острого панкреатита с деструктивными формами острого холецистита
3. Панкреатогенном химическом перитоните
4. Инфицированном панкреонекрозе

70. Принципы ведения больных острым панкреатитом:
1. Обеспечение физиологического покоя поджелудочной железе
 2. Адекватная инфузионная терапия в сочетании с форсированным диурезом и экстракорпоральной детоксикацией
 3. Применение антибиотиков широкого спектра
 4. Физиолечение (УВЧ, ДКВ, ультразвук)

71. К ранним осложнениям острого панкреатита относятся:
1. Шок, коллапс
 2. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы, стеаторея
 3. Перитонит
 4. Сахарный диабет

72. При хирургическом лечении острого панкреатита применяются следующие операции:
1. Мобилизация и абдоминализация поджелудочной железы
 2. Некрэктомия хвоста и тела поджелудочной железы
 3. Лапароскопическое дренирование брюшной полости, сальниковой сумки, паранекротической клетчатки
 4. Продольная панкреатоеюностомия

73. Внешнесекреторную активность поджелудочной железы снижают:
1. Постоянная или повторная аспирация желудочного содержимого
 2. Голод
 3. Сандостатин
 4. Промывание желудка слабыми растворами

В вопросах 74 - 88 определите верно или неверно каждое из двух утверждений, далее определите верна или нет причинная взаимосвязь между ними:

| Ответ | Утверждение 1 | Утверждение 2 | Взаимосвязь между 1 и 2 утверждениями |
|-------|---------------|---------------|---------------------------------------|
| А | верно | верно | верна |
| В | верно | верно | неверна |
| С | верно | неверно | неверна |
| Д | неверно | верно | неверна |
| Е | неверно | неверно | неверна |

74. Острый панкреатит необходимо дифференцировать с острой механической кишечной непроходимостью (утверждение 1), потому что при остром панкреатите наблюдаются явления динамической кишечной непроходимости (утверждение 2).

75. При остром деструктивном панкреатите показана массивная инфузионная терапия с форсированным диурезом (утверждение 1),
потому что
деструктивный панкреатит приводит к тяжелой гиповолемии, гидроионным расстройствам, ферментной токсемии (утверждение 2).

76. Хирургическое лечение острого панкреатита показано в первые 12 часов с момента начала заболевания (утверждение 1),
потому что
острый панкреатит может осложниться перитонитом (утверждение 2).

77. Для борьбы с болью при остром панкреатите целесообразно применять морфий и омнопон (утверждение 1),
потому что
наркотические анальгетики снимают болевой синдром, расслабляя сфинктер Одди (утверждение 2).

78. Аспирация желудочного содержимого и снижение желудочной секреции - необходимое условие лечения острого панкреатита (утверждение 1),
потому что
удаление желудочного содержимого способствует уменьшению секреции поджелудочной железы (утверждение 2).

79. При остром панкреатите необходима антибиотикотерапия (утверждение 1),
потому что
стерильный панкреонекроз может перейти в инфицированный (утверждение 2).

80. При остром панкреатите содержание в крови трипсина и его ингибитора повышается в первые часы заболевания (утверждение 1),
потому что
одним из механизмов в развитии панкреатита является внутрипротоковая активация протеаз поджелудочной железы (утверждение 2).

81. При остром панкреатите наблюдается гипергликемия и глюкозурия (утверждение 1),
потому что
в патологический процесс может вовлекаться и островковый аппарат поджелудочной железы (утверждение 2)

82. При деструктивном панкреатите часто применяются цитостатики (утверждение 1),
потому что
острый панкреатит является предраком поджелудочной железы (утверждение 2).

83. При остром панкреатите инфузионная терапия в большом объеме (более 3 литров) не рекомендуется (утверждение 1),
потому что
при остром панкреатите возникает отек поджелудочной железы (утверждение 2).

84. При стерильном панкреонекрозе предпочтительнее лапароскопические операции (утверждение 1),
потому что
лапароскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой сумки легче переносится больными, чем открытые вмешательства (утверждение 2).

85. Острый панкреатит необходимо дифференцировать с острым аппендицитом (утверждение 1),
потому что
острый аппендицит, так же как и острый панкреатит, нередко начинается с острой боли в эпигастральной области (утверждение 2).

86. При тяжелых формах острого панкреатита часто развивается анемия (утверждение 1),
потому что
при тяжелых формах острого панкреатита часто бывают массивные геморрагии и токсическое угнетение функции костного мозга (утверждение 2).

87. При деструктивном панкреатите диарея почти никогда не наблюдается в начале заболевания (утверждение 1),
потому что
деструктивный панкреатит обычно протекает с явлениями динамического илеуса (утверждение 2).

88. При лечении острого панкреатита не имеет смысла назначение антибиотиков (утверждение 1),
потому что
в патогенезе панкреатита инфекция не играет ведущей роли (утверждение 2).

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Назовите ферменты, вырабатывающиеся в поджелудочной железе.
2. Методы исследования внешне- и внутрисекреторной функций поджелудочной железы.
3. Назовите анатомо-физиологические предпосылки развития острого панкреатита.
4. Значение внутрипротоковой активации ферментов в патогенезе острого панкреатита. Расскажите о трипсиновой и липазной фазах развития острого панкреатита.
5. Расскажите клинико-морфологическую классификацию острого панкреатита.
6. Назовите основные клинические признаки острого панкреатита. В чем заключается симптом Мейо-Робсона?
7. Опишите положение и поведение больного при остром панкреатите.
8. Какие лабораторные исследования проводятся при остром панкреатите? Какие при этом могут быть изменения?
9. Какие изменения можно обнаружить при обзорной рентгеноскопии (графию) брюшной полости?
10. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать острый панкреатит?
11. Назовите принципы консервативной терапии острого панкреатита в зависимости от стадии.
12. Назовите препараты ингибиторы внешнесекреторной функции pancreas. В каких дозах они применяются?
13. С какой целью назначаются антибиотики при остром панкреатите?
14. Ваша тактика при наличии перитонита у больного при ясном диагнозе острого панкреатита.
15. Назовите принципы хирургического лечения острого панкреатита.
16. Какие виды операций производятся при деструктивных формах острого панкреатита?
17. Назовите особенности оперативных вмешательств по поводу инфицированного панкреонекроза, осложненного перитонитом, флегмоной забрюшинной клетчатки.
18. Назовите осложнения острого панкреатита.
19. Что такое ложная киста поджелудочной железы? В какие сроки наиболее целесообразно ее оперативное лечение?
20. При каких формах панкреатита образуется панкреатический свищ?
21. С какой целью проводится лапароскопическое дренирование брюшной полости?
22. Как и с какой целью используется метод форсированного диуреза при остром панкреатите?
23. Что Вы знаете о экстракарпоральной детоксикации?
24. Дайте рекомендации по режиму питания и труда больному острым панкреатитом после проведенного консервативного лечения.

АППЕНДИЦИТ

Аппендицит - воспаление червеобразного отростка слепой кишки. является самым распространенным хирургическим заболеванием органов брюшной полости. В СССР ежегодно оперировалось по поводу острого аппендицита 1 млн. человек. Острым аппендицитом болеют люди всех возрастов, но максимальная заболеваемость в возрасте до 45 лет. У женщин аппендицит встречается в 2.8 раза чаще, чем у мужчин. Послеоперационная летальность при остром аппендиците составляет 0,1-0.2%, а при его деструктивных формах 2-5%.

Одна из первых аппендэктомий была выполнена Кронлейном (Германия) в 1884 г. В России подобную операцию лигатурным способом выполнил К.А.Домбровский в 1888 г. у трехлетнего ребенка.

Первым за ранние операции при аппендиците высказался Fitz (1886), который проанализировал 257 случаев прободного аппендицита, он же предложил термин «острый аппендицит».

Диагностическая лапароскопия при воспалении червеобразного отростка начала применяться с начала 70 - 80-х годов.

Заболеваемость. В последние десятилетия прослеживается отчетливая тенденция к снижению заболеваемости острым аппендицитом. В настоящее время острый аппендицит уступил первое место острому холециститу – соответственно 28,9 и 29,95% по материалам стационаров г. Москвы.

Частота острого аппендицита неодинакова в разных возрастных группах. Чаще он встречается у лиц молодого и среднего возраста. Лица старческого возраста, в связи с инволюцией лимфоидного аппарата, заболевают острым аппендицитом реже, чем лица среднего возраста. Женщины болеют острым аппендицитом в полтора раза чаще, чем мужчины.

В последние годы и в Беларуси отмечается тенденция к снижению заболеваемости острым аппендицитом.

М К Б 10

| | Болезни аппендикса [червеобразного отростка] (K35-K38) |
|--------------|---|
| K35 | Острый аппендицит |
| K35.0 | Острый аппендицит с генерализованным перитонитом |
| K35.1 | Острый аппендицит с перитонеальным абсцессом |
| K35.9 | Острый аппендицит неуточненный |
| K36 | Другие формы аппендицита |
| K37 | Аппендицит неуточненный |

| | |
|------------|--------------------------------------|
| К38 | Другие болезни аппендикса |
| К38.0 | Гиперплазия аппендикса |
| К38.1 | Аппендикулярные камни |
| К38.2 | Дивертикул аппендикса |
| К38.3 | Свищ аппендикса |
| К38.8 | Другие уточненные болезни аппендикса |
| К38.9 | Болезнь аппендикса неуточненная |

Этиология и патогенез

Существует ряд гипотез патогенеза острого аппендицита.

- I. Аллергическая (пищевая аллергия, глистная инвазия, синсбилизация организма).
- II. Инфекционная гипотеза развития первичного аффекта в виде клина основанием в сторону серозы (Ashoff).
- III. Нейротрофическая теория (Briin, Ricker, Русаков, Калитневский)
- IV. Обтурация просвета червеобразного отростка. Наиболее частой причиной обтурации просвета являются каловые камни. Более редкие причины – это инородные тела, новообразование, результат воспаления, гиперплазия лимфоидной ткани, гельминты.

После обтурации просвета червеобразного отростка возникает спазм гладкомышечных клеток его стенки, сопровождающийся сосудистым спазмом. Первый из них приводит к нарушению эвакуации, застою в червеобразном отростке, второй – к локальному нарушению питания слизистой, а затем всех слоев червеобразного отростка, обеспечивая при этом условия для бурного размножения микроорганизмов, из которых 90% анаэробная флора - бактериоиды и анаэробные кокки, 6-8% аэробная флора - кишечная палочка, клебсиелла, энтерококки и др.

У ВИЧ-инфицированных больных аппендицит может быть обусловлен цитомегаловирусом, микобактерией туберкулеза, а также *Entamoeba histolytica*. блокаду просвета отростка у этих больных могут вызвать саркома Капоши и лимфомы (ходжкинская и неходжкинская).

Экзо- и эндотоксины микроорганизмов повреждают барьерную функцию эпителия и сопровождается локальным изъязвлением слизистой оболочки (первичный аффект Ашоффа). В ответ организм реагирует выделением макрофагов, лейкоцитов, лимфоцитов, противовоспалительных интерлейкинов, фактора активации тромбоцитов, адгезивных молекул, которые при взаимодействии друг с другом и клетками эпителия в состоянии ограничить развитие воспаления, не допустить генерализации процесса, появление системной реакции организма на

воспаление. Но, избыточное образование противовоспалительных интерлейкинов (IL-1, IL-6, TNF – фактор некроза опухоли, PAF – фактор активации тромбоцитов) способствуют дальнейшему распространению деструктивных изменений в стенке органа.

Аппендицит может развиваться в результате первичной ишемии отростка из-за стеноза питающих сосудов, их тромбозе в бассейне артерии червеобразного отростка – артерии функционально конечного типа, что приводит к первичной гангрене отростка.

При вовлечении в процесс воспаления серозной оболочки поражается париетальная брюшина и окружающие органы (боль становится локализованной, синдром перемещения боли - симптом Кохера). Появляется серозный выпот, который всегда становится гнойным.

В этой фазе воспаления местная защитная воспалительная реакция приобретает тенденцию переходить в синдром реакции организма на воспаление (SIRS) с нарушением регуляции иммунной системы.

Преобладание защитных реакций со стороны образований, участвующих в отграничении воспалительного процесса в брюшной полости, выпадение фибрина приводит к формированию аппендикулярного инфильтрата – конгломерата спаянных между собой органов и тканей. Со временем инфильтрат может рассасаться или превратиться в абсцесс.

При переходе некротического процесса на брыжейку отростка (гангренозный аппендицит) возможно развитие тромбофлебита вен брыжейки, который может распространиться на вены илеоцекальной области, верхнюю брыжеечную, воротную, печеночные вены с ретроградным вовлечением селезеночной вены. Это самое редкое (0,05%) и одно из самых тяжелых осложнений острого аппендицита носит название пилефлебита.

Варианты расположения червеобразного отростка в значительной степени определяют местную симптоматику. Различают нисходящее (40-50 %), латеральное (25 %), медиальное (17-20 %), восходящее (13 %) расположения, а также тазовое расположение, ретроцекальное, ретроперитонеальное и подпеченочное расположения.

Классификация аппендицита (по В.И. Колесову)

1. Аппендикулярная колика
2. Простой аппендицит: поверхностный, катаральный
3. Деструктивный (флегмонозный, гангренозный, перфоративный) аппендицит
4. Осложненный аппендицит: (аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс, гнойный перитонит, пилефлебит, сепсис и др.)

Симптоматика острого аппендицита

1. Боль. Острая, постоянная, прогрессирующая боль в животе является основным и ранним проявлением острого аппендицита. У большинства больных внезапная боль возникает в эпигастрии или около пупка (висцеральная боль) с последующим перемещением в правую подвздошную область (переход в боль соматическую) - симптом Кохера. В отдельных случаях боль появляется сразу в правой подвздошной области. Интенсивность болей обычно не очень велика, боль, как правило, усиливается при движении пальпации, не иррадирует, за исключением ретроцекального положения отростка.

Симптоматика острого аппендицита в зависимости от локализации отростка (М.И.Кузин, 2002)

| Локализация отростка | Локализация боли | Болезненность брюшной стенки | Напряжение мышц живота | Дизурия, тенезмы | Болезненность при ректальном или вагинальном исследовании |
|----------------------|---|--|---------------------------|------------------|---|
| Подвздошная ямка | Эпигастрий, правая подвздошная область | В правом нижнем квадранте | Правый нижний квадрант | Редко | Редко |
| Подпечечный | Эпигастрий, правое подреберье | Правый верхний квадрант | Правое подреберье | Нет | Нет |
| Ретроцекальный | Может не быть миграции боли. Слабо локализованная боль в правом боковом отделе живота | Реже в правом нижнем квадранте, чаще в поясничной области справа | Поясничная область справа | Может быть | Нет |
| Тазовый | Лонная область, может быть слева | Отсутствует | Нет | Почти всегда | Часто |
| Медиальная | Пупочная область, редко правая подвздошная | Около пупочная область живота | Правая половина | Нет | Редко |

2. Диспепсический синдром (анорексия, тошнота и рвота) наблюдается в 40-42% случаев. Рвота чаще бывает однократной, носит рефлексорный характер и не приносит облегчения. Боль предшествует рвоте!

3. Температура тела и частота пульса. У большинства больных острым аппендицитом наблюдается умеренная тахикардия и повышение температуры тела до субфебрильных цифр. При прогрессировании перитонита частота пульса не соответствует температуре "симптом ножниц".

4. Дизурические расстройства. При расположении аппендикса около мочеоточника (ретроцекальное расположение) боли могут быть в правой поясничной области, сопровождаться дизурией с микрогематурией. При тазовой локализации червеобразного отростка могут наступать дизурические расстройства: учащенное и болезненное мочеиспускание.

5. Синдром динамического илеуса. При остром аппендиците наблюдается задержка стула вследствие пареза кишечника. При тазовом расположении отростка и у детей могут быть поносы, тенезмы.

6. Объективные симптомы острого аппендицита:

- болезненность при пальпации в правой подвздошной области (точка Мак-Бурнея);
- «ключом» к диагнозу острого аппендицита является мышечное напряжение передней брюшной стенки, что свидетельствует о вовлечении в воспалительный процесс париетальной брюшины. Оно зависит от локализации аппендикса, от степени распространения воспалительного процесса на окружающие ткани, общего состояния больных, возраста, степени развития мышц брюшного пресса и подкожной жировой клетчатки и т.д. При ретроцекальном и ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка можно наблюдать ригидность мышц поясницы. Этот симптом может отсутствовать у стариков, беременных, родильниц, при тазовом расположении отростка;
- симптом Щеткина – Блюмберга (следует учитывать локализацию);
- признак Менделя – усиление болезненности при легком поколачивании кончиками пальцев по передней брюшной стенке в зоне воспаления;
- симптом Роздольского – болезненность при перкуссии над очагом

воспаления:

- симптом Ровзинга – появление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области в проекции нисходящей ободочной кишки;
- симптом Воскресенского (симптом рубашки) – появление боли в правой подвздошной области при скользящем быстром движении пальцев руки с эпигастрия в правую подвздошную область во время вдоха больного. Пальцы скользят по передней брюшной стенке или по натянутой рубашке;
- симптом Образцова – при надавливании в правой подвздошной области боль усиливается при поднимании правой выпрямленной ноги;
- симптом Ситковского – усиление болезненности в правой подвздошной области при повороте на левый бок;
- симптом Бартомье - Михельсона - при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку болезненность выражена сильнее, чем на спине;
- симптом запирательной мышцы – появление болей при повороте согнутого правого бедра внутрь в положении больного на спине;
- симптом Яуре-Розанова – болезненность при нажатии в области правого треугольника Пти;
- усиление боли в правой подвздошной области при резком отрывистом кашле (симптом Кушницера);

У больных преклонного возраста, пациентов с выраженным ожирением и получающих кортикостероиды возможны неспецифические жалобы и минимальные изменения при физикальном обследовании.

- ректальные симптомы – болезненность при пальцевом исследовании ампулы прямой кишки, наличие болезненного инфильтрата, разница в ректальной и кожной температуре превышает 1°C.

7. Изменения в периферической крови: лейкоцитоз (умеренный), нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и появление незрелых форм лейкоцитов. У ВИЧ-инфицированных больных и при анаэробном перитоните может выявиться лейкопения. (Важно определение сдвига лейкоцитарной формулы влево).

8. Ультразвуковая диагностика острого аппендицита.

Ценность неинвазивного сканирования в диагностике заболеваний органов брюшной полости очевидна.

При остром аппендиците K.B.Jeffrey et al (1988) разработали метод дозированной компрессии на переднюю брюшную стенку при УЗИ. Диагноз устанавливается на основании увеличения диаметра червеобразного отростка, слоистости его стенок.

Неизменный червеобразный отросток представляет собой полую трубку диаметром до 6 мм и длиной до 10-12 см. отходящую от купола слепой кишки. Стенка отростка имеет слоистую структуру.

Достоверными УЗИ-признаками острого аппендицита являются:

- 1) повышение контрастности структур отростка;
- 2) отсутствие перистальтической активности;
- 3) увеличение диаметра и утолщение стенки до 4-6 мм и более (в норме 2 мм), что в поперечном сечении дает характерный симптом «мишени» («кокарды»);
- 4) ригидность отростка при дозированной компрессии.

Наличие даже 1-2 из достоверных УЗ-признаков острого аппендицита подтверждает этот диагноз и является показанием к хирургическому вмешательству.

Косвенными признаками острого аппендицита, которые можно выявить при УЗИ, являются:

- 1) инфильтрация брыжейки червеобразного отростка;
- 2) повышение контрастности и утолщение стенки илеоцекального перехода;
- 3) расширение петель подвздошной кишки в правой подвздошной области;
- 4) наличие свободной жидкости в брюшной полости;
- 5) увеличение регионарных лимфоузлов.

Точность УЗИ в диагностике острого аппендицита составляет 95,1%, чувствительность – 94,2%, специфичность – 95,8%. Применение УЗИ позволяет уменьшить число напрасных аппендэктомий, а также на 20% число диагностических лапароскопий по поводу острого аппендицита.

9. Лапароскопическая диагностика острого аппендицита.

Диагностическая лапароскопия показана во всех случаях, когда существует подозрение на острый аппендицит, но на основании неинвазивных методов обследования не представляется возможным с уверенностью исключить либо подтвердить этот диагноз.

Визуализация червеобразного отростка при лапароскопии.

Ключевым моментом исследования у больных с подозрением на острый аппендицит является, разумеется, визуализация последнего. После панорамного осмотра брюшной полости больного переводят в положение Тренделенбурга с наклоном операционного стола влево. При этом происходит смещение петель кишечника, прикрывающих отросток, вверх и медиально. Это положение является стандартным для поиска червеобразного отростка и в подавляющем большинстве случаев такое пассивное перемещение органов оказывается достаточным для его визуализации.

Лапароскопические признаки острого аппендицита можно разделить на прямые и непрямые (косвенные). К прямым признакам относятся видимые изменения червеобразного отростка – ригидность, гиперемия серозного покрова с геморрагиями, наложения фибрина, инфильтрация брыжейки. Непрямые признаки – наличие мутного выпота в брюшной полости, преимущественно в правой подвздошной области, гиперемия париетальной брюшины в правой подвздошной области, гиперемия и инфильтрация стенки купола слепой кишки. На основании косвенных признаков с той или иной степенью достоверности можно диагностировать острый аппендицит в тех случаях, когда визуализировать червеобразный отросток не удастся.

При невозможности оценить макроскопические изменения червеобразного отростка из-за анатомических особенностей в правой подвздошной области приходится ориентироваться на косвенные признаки острого аппендицита. К ним относятся:

1. Прозрачный серозный выпот по правому боковому каналу и в подвздошной ямке.
2. Выраженная инъекция сосудов париетальной брюшины в правой подвздошной области и в боковом канале, распространяющаяся в поперечном направлении на переходную складку брюшины – «поперечная исчерченность брюшины». Эти 2 признака являются наиболее ранними.
3. Локальный отек забрюшинной клетчатки по латеральному каналу.
4. Наложения фибрина на париетальной брюшине в зоне переходной складки, в проекции червеобразного отростка.

Перечисленные признаки характерны для ретроперитонеально ретроцекально расположенного отростка. Если отросток окружен

спайками, то в последних при его воспалении наблюдаются такие же изменения, как и в париетальной брюшине.

Лапароскопия является высокоинформативным исследованием, достоверность – 93 - 99%.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз острого аппендицита проводится со следующими заболеваниями, обязательно по симптомам, ведущим из них является боль.

I. Заболевания органов брюшной полости, при которых не всегда требуется экстренное оперативное вмешательство:

1. Аднексит.
2. Пельвиоперитонит.
3. Заболевания правой почки и мочевыводящих путей.
4. Острый холецистит.
5. Острый панкреатит.
6. Обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
7. Терминальный илеит.
8. Острый дивертикулит.
9. Мезентеральный лимфаденит (мезаденит).
10. Гастроэнтерит (иерсениоз, сальмонеллез).

II. Заболевания органов вне брюшной полости

1. Острые заболевания легких и плевры (правосторонняя – ниже-базальная плевропневмония).
2. Острые сердечные заболевания (стенокардия, инфаркт миокарда).

III. Заболевания, при которых требуется экстренное оперативное вмешательство:

1. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Острая кишечная непроходимость
3. Разрыв и перекрут яичника
4. Внематочная беременность
5. Перитонит любой этиологии

Дифференциальный диагноз

| Заболевание | Клинические данные | Дополнительные методы исследования |
|---------------------------------------|--|---|
| Острый панкреатит | Острое начало, опоясывающие боли, неукротимая рвота, резиновый живот, наличие симптомов Мейо, Керте, Воскресенского | Анализ мочи (амилазурия). УЗИ. |
| Прободная язва | Язвенный анамнез. Внезапное начало ("кинжальная" боль), отсутствие рвоты, доскообразный живот, симптом раздражения брюшины, отсутствие печеночной тупости. | Анализ крови (лейкоцитоз со сдвигом формулы крови влево). Рентгеноскопия брюшной полости (газ под диафрагмой). фиброгастроскопия. |
| Почечная колика | Беспокойное поведение больного. Боли в постнично-подвздошной области с иррадиацией вниз. Симптом Пастернацкого. Дизурия. | УЗИ, исследование мочи (микрогематурия), контрастная урография. |
| Острый холецистит | Боли в правом подреберье с иррадиацией вверх - в правое плечо и лопатку. Симптом Орнтера френникус-симптом. Увеличение желчного пузыря. Напряжение мышц в правом подреберье. | УЗИ. Билирубин крови, анализ крови (лейкоцитоз), рентгеноскопия грудной клетки анализ мочи на желчные пигменты. |
| Острая кишечная непроходимость | Боли схваткообразные, частая рвота, задержка стула и газов. Вздутие живота. Отсутствие мышечного напряжения брюшной стенки. Усиленная перистальтика. Симптомы Валя, Обуховской больницы, Скларова. | Обзорная рентгеноскопия брюшной полости (чаши Клойбера). Исследование пассажа бария, ирригоскопия. |
| Аднексит | Постепенное нарастание болей внизу живота, высокая температура, озноб, выделения из влагалища, симптом Промтова. | УЗИ. Исследование крови (лейкоцитоз, ускорение СОЭ). |
| Внематочная беременность | Внезапные боли внизу живота. Головокружение кратковременная потеря сознания, тахикардия, бледность, симптом Куленкампа. Нарушение менструального цикла. | УЗИ. Исследование крови (острая анемия). Пункция заднего свода - кровь, лапароцентез. |

Аппендицит у детей

Острый аппендицит у детей характеризуется следующими особенностями: малая специфичность клинической картины вследствие неполноценной координирующей роли центральной нервной системы; склонность к иррадиации нервных импульсов; обширность висцеро-висцеральных связей; быстрое наступление интоксикации вследствие повышенной резорбтивной способности брюшины, сальника.

У детей 3-4 летнего возраста острый аппендицит начинается с общих явлений (беспокойство, нарушение сна, высокая температура, частая рвота, жидкий стул, иногда со слизью). Жалобы на боль в правой подвздошной области в этом возрасте почти не встречаются. Боли часто локализуются в области пупка. Дети становятся пассивными, в постели принимают вынужденное положение (лежат на правом боку с приведенными бедрами к животу). Выражение страдания на лице.

При объективном исследовании ориентируются на такие симптомы, как место наибольшей болезненности, пассивное (на высоте вдоха) напряжение мышц внизу живота справа, положительный симптом Щеткина - Блюмберга. Ребенка при осмотре не будить, при этом нередко используется медикаментозный сон (в прямую кишку, в зависимости от возраста, вводится 10-25 мл 3% раствора хлоралгидрата). Осмотр во сне позволяет выявить провоцируемую боль, проявляющуюся сгибанием правой ноги в тазобедренном суставе и попыткой оттолкнуть руку хирурга (симптом «правой ручки и правой ножки»).

Характерно быстрое развитие деструкции в червеобразном отростке и раннее наступление осложнений (чаще диффузного и разлитого перитонита) вследствие недоразвития сальника и недостаточного ограничения воспалительного процесса.

Аппендицит у беременных

Течение аппендицита в первой половине беременности не отличается от его течения вне беременности. У беременных острый аппендицит встречается чаще, чем у остального населения, что обусловлено нарушением кровообращения при смещении вверх и кнаружи слепой кишки и аппендикса, а также повышением вирулентности микрофлоры в результате запоров и нарушения опорожнения червеобразного отростка.

При этом наблюдается:

1. Нетипичное расположение зоны болезненности вследствие смеще-

ния кверху слепой кишки и аппендикса увеличенной матки.

2. Нечетко выраженный болевой синдром.
3. Локальное напряжение мышц и симптом Щеткина - Блюмберга могут быть слабо выраженными или вообще отсутствовать в результате перерастяжения мышц брюшного пресса и оттеснения воспалительного очага от передней брюшной стенки увеличенной маткой.
4. Рвота не имеет диагностического значения, т.к. часто встречается при беременности.
5. Важны и полезны симптомы Ситковского, Бартомье-Михельсона.

Все беременные независимо от сроков беременности с приступом острого аппендицита подлежат хирургическому лечению.

При сомнительной клинике у беременных, при сохранении боли больше 4-х часов, лучше расширить показания к операции независимо от сроков беременности.

Аппендицит у лиц пожилого возраста

В пожилом и старческом возрасте преобладают деструктивные формы аппендицита, что обусловлено пониженной реактивностью, склерозом сосудов аппендикса и т.д.

Симптомокомплекс у стариков имеет следующие отличительные особенности:

1. В результате снижения болевой чувствительности эпигастральную фазу боли больной часто не замечает.
2. Рвота и тошнота встречаются чаще, но поздно, что связано со снижением рефлексов и развитием деструктивного процесса.
3. Задержка стула в связи с возрастной анатомией кишечника, привычными запорами не несет информации.
4. При пальпации живота болезненность в правой подвздошной области умеренная.
5. Мышечное напряжение выражено слабо или отсутствует (атрофия мышц).
6. Симптом Щеткина-Блюмберга, как правило, хорошо выражен.
7. Температура остается нормальной или субфебрильной.
8. При возникновении аппендикулярного инфильтрата следует исключить рак правой половины толстой кишки (реакция Грегерсена, ирригоскопия, УЗИ, колоноскопия).

Острый аппендицит у ВИЧ-инфицированных (М.И.Кузин, 2002)

Причиной острого аппендицита у ВИЧ-инфицированных является или оппортунистическая инфекция (цитомегаловирус, микобактерии туберкулеза, пневмококки, криптоспоридии), или окклюзия оттока опухоли, характерной для стадии СПИДа (саркома Капоши, неходжкинская лимфома).

Существенных особенностей клинической картины аппендицита при вирусносительстве (I и II стадия болезни) нет, они появляются на стадиях вторичных заболеваний (III) и собственно СПИДа (IV). Именно для этих пациентов характерны выраженный дефицит массы тела, низкий уровень сывороточных белков. При фоновой цитомегаловирусной инфекции приступу острой боли в животе может предшествовать длительная, упорная ноющая хроническая боль в правой подвздошной области. Развертывание локальной картины острого аппендицита не сопровождается лейкоцитозом у 80-100% больных. Как правило, значительно чаще, чем в популяции, обнаруживают гангренозный и перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс. Считают, что масками острого аппендицита у этой категории больных часто бывают вирусный мезаденит и туберкулезный абсцесс. В диагностике заболевания и его осложнений следует чаще использовать УЗИ и компьютерную томографию, а также лапароскопию. Послеоперационный период характеризуется длительной лихорадкой, лейкопенией с абсолютной лимфопенией.

Лечение острого аппендицита

Единственным методом лечения больных острым аппендицитом является ранняя экстренная операция. Аппендэктомия противопоказана только при наличии у больного аппендикулярного инфильтрата без признаков абсцедирования.

Разрезы при аппендэктомии

1. Мак-Бурнея – Волковича – Дьяконова (косой разрез в правой подвздошной области с раздвиганием мышц) (рис. 40).
Расширение доступа по Волковичу – Дьяконову можно выполнять путем расширения раны вверх и вниз по наружному краю влагалища прямой мышцы живота.
2. Леннандера (параректальный) – по наружному краю правой прямой мышцы живота применяется редко.
3. Шпренгеля (поперечный) применяется в детской хирургии.
4. Срединная лапаротомия при распространенном перитоните.
5. Пироговский разрез при аппендикулярном абсцессе.

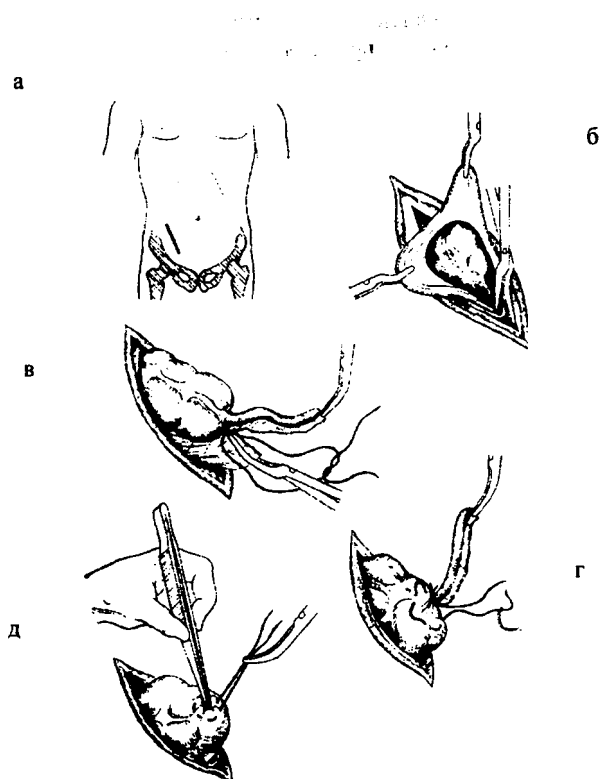


Рис. 40. Техника аппендэктомии (Б.И.Альперович, М.М.Соловьев, 1975).
 а – проекция кожного разрыва по Мак-Бурнею – Волковичу – Дьяконову;
 б – вскрытие брюшины; в – лигирование брыжейки червеобразного отростка;
 г – наложение кисетного шва; д – погружение культи червеобразного отростка.

Способы обработки культи аппендикса

1. Лигатурный (иногда применяется у детей), при лапароскопических операциях.
2. Предварительно перевязанная кетгутом культя отростка погружается в стенку слепой кишки кисетным и Z - образным швами.

При выполнении аппендэктомии следует избегать

Коротких, длиной 2-2,5 см, разрезов кожи. При таком доступе нельзя выполнить ревизию брюшной полости, можно поранить кишечник и брыжейку.

Следует помнить об ориентирах для выполнения разреза Мак-Бурнея: верхнепередняя ость подвздошной кости, пупок.

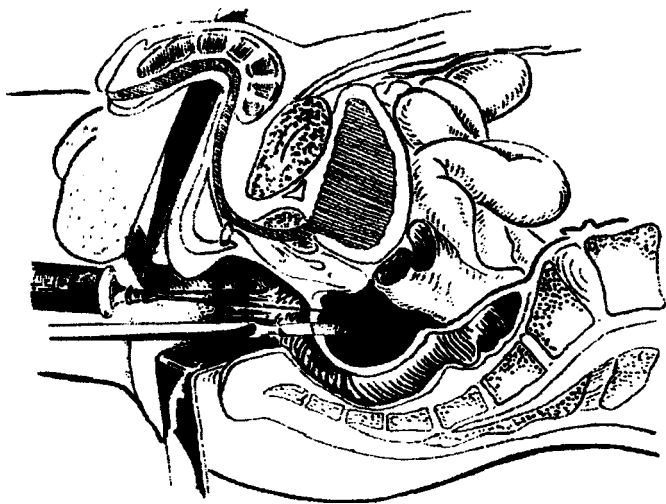


Рис. 41. Пункция и вскрытие тазового гнойника
(абсцесса дугласова пространства)
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев, 1975)

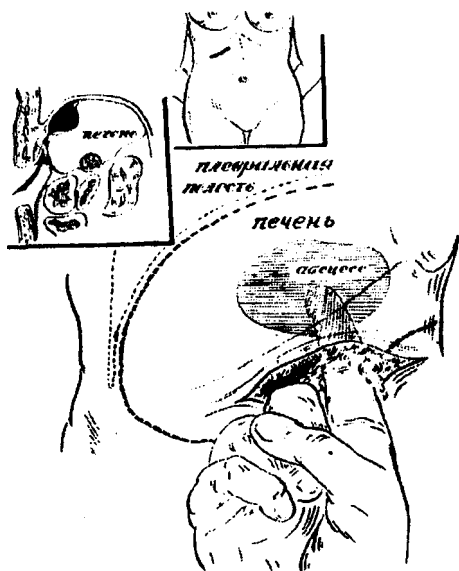


Рис. 42. Вскрытие поддиафрагмального абсцесса
передней локализации
(Б.И. Альперович, М.М. Соловьев, 1975)

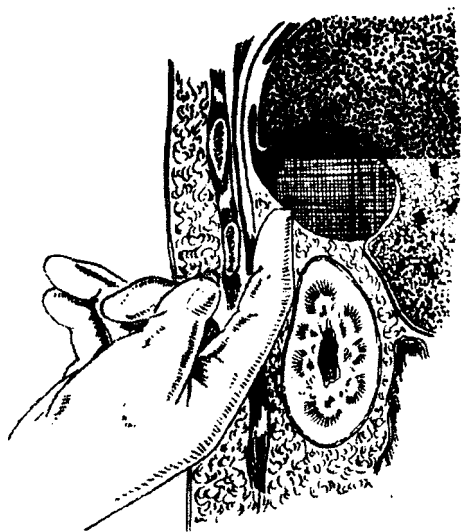


Рис. 43. Вскрытие поддиафрагмального абсцесса
при задней локализации
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев, 1975)

Осложнения острого аппендицита

А. Возникающие до операции:

1. Перфорация червеобразного отростка
2. Перитонит местный и распространенный
3. Аппендикулярный инфильтрат, абсцессы брюшной полости
4. Аппендикулярный абсцесс
5. Флегмона забрюшинной клетчатки
6. Пилефлебит

Б. Развивающиеся в послеоперационном периоде:

1. Перитонит
2. Абсцесс в области удаленного отростка
3. Абсцесс дугласова пространства
4. Поддиафрагмальный абсцесс
5. Межпетлевые абсцессы
6. Пилефлебит и абсцессы печени
7. Кровотечение в брюшную полость
8. Острая кишечная непроходимость
9. Кишечные свищи
10. Нагноение раны
11. Паротит
12. Тромбозмембранные осложнения

Хронический аппендицит

Хронический аппендицит характеризуется жалобами на периодические болевые ощущения в правой подвздошной области. При пальпации живота отмечается болезненность в правой подвздошной области, точках Мак-Бурнея, Ланца, Кюммеля.

Различают простой и рецидивирующий хронический аппендицит. Диагноз хронического аппендицита довольно сложен и может быть поставлен лишь после тщательного клинического обследования с исключением в первую очередь заболеваний почек, мочевыводящих путей, неспецифического мезаденита, колита, гельминтозов, а у женщин - патологии со стороны гениталий, у стариков - рака слепой кишки.

В настоящее время хронический аппендицит в абдоминальной хирургии - редкое заболевание.

Ситуационные задачи

1. У больной с 35-недельной нормально протекающей беременностью появились сильные боли в правой подвздошной области, рвота, температура $37,8^{\circ}\text{C}$. Язык сухой, обложен белым налетом. Дно матки пальпируется на два поперечных пальца выше пупка. В правой половине живота, больше в нижнем отделе, определяется при пальпации резкая болезненность, защитное напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптом Пастернацкого отрицателен. Лейкоцитов в крови $16,0 \cdot 10^9 / \text{л}$. В моче следы белка, 5-6 лейкоцитов в поле зрения.

Ваш диагноз и тактика лечения?

2. У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до $37,6^{\circ}\text{C}$, была однократная рвота. Раньше подобных болей не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положителен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, симптом Пастернацкого отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови $16,0 \cdot 10^9 / \text{л}$.

Ваш предположительный диагноз? Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?

3. Больная 26 лет, на 36 неделе беременности поступила с жалобами на постоянные боли в мезогастррии справа.

Заболела вчера в 18.00, когда появились боли в эпигастрии. Была однократная рвота. $T - 37,2^{\circ}$. Пульс 92 удара в мин., частота дыхания - 24 в мин. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, определяется шевеление плода, симптомы Блюмберга, Менделя отрицательны. Положительны симптомы Ситковского, Бартомье-Михельсона, поколачивание в области поясницы в положении на левом боку. Патологических выделений из влагалища нет. $l - 10$ тыс. Последние 2-3 недели отмечает учащенное мочеиспускание.

1. Наиболее вероятный диагноз?

- А. О. панкреатит
- В. О. пиелонефрит
- С. О. аппендицит
- Д. Преждевременные роды
- Е. О. холецистит

2. Современное название этого заболевания предложил
- A. Р. Фитц
 - B. Н.Н.Пирогов
 - C. Дюпиитрен
 - D. Делафуа
 - E. Крети
3. Воспаленный орган, о котором идет речь имеет
- A. Основание
 - B. Брыжейку
 - C. Тело
 - D. Верхушку
 - E. Дно
4. Этот орган может располагаться
- A. Медиально
 - B. Латерально
 - C. Сзади
 - D. Книзу
 - E. Кпереди
- 1. по отношению к слепой кишке
 - 2. сигмовидной кишке
 - 3. матке
 - 4. почке
 - 5. желудку
5. Поражение указанного органа может быть в виде
- A. Катарального воспаления
 - B. Флегмоны
 - C. Гангрены
 - D. Эмпиемы
 - E. Перфорации
6. Наиболее вероятные симптомы этого заболевания
- A. Боль
 - B. Анорексия
 - C. Локальное мышечное напряжение
 - D. Доскообразный живот
 - E. Тошнота или однократная рвота

7. Если это заболевание встречается у детей, то может наблюдаться
 - А. Бурное течение заболевания
 - В. Понос
 - С. Высокая t^0
 - Д. Крайне беспокойное поведение ребенка
 - Е. Чаше вынужденное положение на правом боку
8. Если это заболевание встречается у стариков, то может наблюдаться:
 - А. Выраженное защитное напряжение мышц
 - В. Высокая лихорадка
 - С. Нередко тазовые расстройства
 - Д. "Стертая" клиническая картина
 - Е. Высокий лейкоцитоз
9. Для поддиафрагмального абсцесса характерно
 - А. Гектическая t^0
 - В. Высокое стояние диафрагмы с соответствующей стороны
 - С. Иррадиация болей в надключичную область
 - Д. Ассиметрия в поясничной области
 - Е. Наличие чаши горизонтального уровня
10. При абсцессе дугласова кармана наблюдается:
 - А. Гектическая t^0
 - В. Сильные боли в области гипогастрия
 - С. Тазовые расстройства
 - Д. При исследовании per rectum - нависание передней стенки прямой кишки
 - Е. При исследовании per rectum - нависание задней стенки прямой кишки
11. Аппендикулярный абсцесс следует вскрывать:
 - А. Экстраперитонеально через Пироговский доступ
 - В. Экстраперитонеально по Мельникову
 - С. Через срединную лапаротомию
 - Д. Разрезом Мак Бурнея
 - Е. Разрезом по Шпренгелю
12. При подозрении на острый аппендицит у беременных рациональнее:
 - А. Наблюдать женщину через консультативную поликлинику с ежедневным осмотром хирургом на дому
 - В. Госпитализировать в отделение патологии беременности

- С. Госпитализировать в хирургическое отделение
 - Д. В поздние сроки беременности ускорить родоразрешение, а потом, если клиника будет нарастать, выполнить аппендэктомию
 - Е. При сомнении в диагнозе лучше расширить показания к аппендэктомии
13. Лапароскопия, как диагностическое мероприятие, показана:
- А. У большинства больных с клиникой острого аппендицита
 - В. Для дифференциальной диагностики острого холецистита
 - С. Для дифференциальной диагностики с острой патологией гениталий, особенно у молодых женщин
 - Д. Для дифференциальной диагностики у беременных
 - Е. У детей до 3-летнего возраста
14. Противопоказания к операции при остром аппендиците
- А. Свежий инфаркт миокарда
 - В. Инсульт
 - С. Аппендикулярный инфильтрат
 - Д. Аппендикулярный абсцесс
 - Е. Пилефлебит
15. При распространенном перитоните аппендикулярной этиологии следует выполнять
- А. Аппендэктомию, лаваж и дренирование брюшной полости
 - В. Аппендэктомию, лаваж и тампонаду брюшной полости через срединную лапаротомию
 - С. Операцию лучше выполнять через Пироговский разрез
 - Д. Дренирование лучше выполнять через срединную лапаротомическую рану
 - Е. Тампонирование допустимо лишь при неостановленном диффузном кровотечении.

Тестовый контроль знаний

В вопросах 1 - 17 выберите наиболее правильный ответ (ответы):

1. Ветвью какой артерии является а. appendicularis, кровоснабжающая червеобразный отросток?
- А. А. sigmoidea
 - В. А. colica dextra
 - С. А. mesenterica inferior

- Д. A. iliaca interna
- Е. A. ileocolica

2. Какой из перечисленных симптомов при остром аппендиците появляется раньше всех?

- А. С-м Воскресенского
- В. С-м Блюмберга
- С. С-м Ровзинга
- Д. С-м Кохера
- Е. С-м Раздольского

3. Какое из перечисленных утверждений не соответствует клинике острого аппендицита у детей?

- А. Выраженные симптомы интоксикации
- В. Частота пульса не соответствует температуре тела
- С. Бывает тошнота, рвота, понос
- Д. Высокая температура тела
- Е. Воспалительный процесс носит местный характер

4. Какой из перечисленных симптомов не характерен для острого аппендицита при типичном расположении червеобразного отростка?

- А. Постоянная боль в правой подвздошной области
- В. Симптом Щеткина-Блюмберга
- С. Симптом Ровзинга
- Д. Понос
- Е. Мышечная защита в правой подвздошной области

5. Укажите оптимальный разрез при операции по поводу аппендицита, осложненного распространенным перитонитом

- А. Разрез Леннандера
- В. Разрез Шпренгеля
- С. Разрез Пирогова
- Д. Срединная лапаротомия
- Е. Разрез Мак-Бурнея

6. Укажите оптимальный доступ для вскрытия аппендикулярного абсцесса:

- А. Разрез по Мельникову
- В. Разрез Мак-Бурнея
- С. Разрез Леннандера
- Д. Разрез Пирогова
- Е. Поясничный доступ

7. У больного с острым аппендицитом при пальпации живота в положении на левом боку резко возрастает болезненность в правой подвздошной области. О каком симптоме идет речь?

- А. С-м Коупа
- В. С-м Раздольского
- С. С-м Менделя
- Д. С-м Бартомье-Михельсона
- Е. С-м Воскресенского

8. Венозный отток крови от червеобразного отростка осуществляется в систему:

- А. V. mesenterica superior
- В. V. mesenterica inferior
- С. V. renalis
- Д. V. cava inferior
- Е. V. iliaca interna

9. Болезненность при поколачивании брюшной стенки над очагом воспаления это:

- А. С-м Ровзинга
- В. С-м Блюмберга
- С. С-м Ситковского
- Д. С-м Образцова
- Е. С-м Менделя

10. Появление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области это:

- А. С-м Раздольского
- В. С-м Ровзинга
- С. С-м Ситковского
- Д. С-м Бартомье-Михельсона
- Е. С-м Образцова

11. Для тазового расположения червеобразного отростка не характерно:

- А. Выраженный болевой синдром
- В. Тенезмы
- С. Дизурические явления
- Д. Стертая клиническая картина
- Е. Не выражено мышечное напряжение

12. Хирургическая тактика при остром аппендиците:

- А. Аппендэктомия в течение 2-х часов
- В. Наблюдение в течение 4 часов, потом аппендэктомия

- С. Консервативное лечение 6 часов. При отсутствии эффекта - хирургическое лечение
- Д. Очистительные клизмы, затем операция
- Е. Госпитализация в хирургическое отделение, колоноскопия, операция при появлении признаков перфорации или развития перитонита.

13. Появление или усиление боли в правой подвздошной области в положении на левом боку это:

- А. С-м Блюмберга
- В. С-м Ровзинга
- С. С-м Ситковского
- Д. С-м Бартомье-Михельсона
- Е. С-м Воскресенского

14. Усиление болезненности при пальпации в правой подвздошной области при поднятии больным выпрямленной правой ноги это:

- А. С-м Ровзинга
- В. С-м Кохера
- С. С-м Воскресенского
- Д. С-м Ситковского
- Е. С-м Образцова

15. Аппендэктомия противопоказана, если диагноз очевиден при:

- А. Инфаркте миокарда
- В. Беременности 38-40 недель
- С. Геморрагическом инсульте
- Д. Бронхиальной астме
- Е. Аппендикулярном инфильтрате

16. Назовите наиболее рациональный способ обработки культи червеобразного отростка во время аппендэктомии у взрослых при неизменной стенке слепой кишки:

- А. Перевязка шелком с погружением в кисетный и Z-образный швы
- В. Перевязка кетгутом с погружением в кисетный и Z-образный швы
- С. Перевязка культи капроном без ее погружения
- Д. Перевязка культи с погружением ее отдельными серозными швами

Е. Погружение культи в кисетный шов без предварительной ее перевязки

17. К осложнениям острого аппендицита не относится

- А. Перитонит
- В. Пилефлебит
- С. Поддиафрагмальный абсцесс
- Д. Гнойный холангит
- Е. Аппендикулярный абсцесс

В вопросах 18 - 35 выберите наилучшую комбинацию ответов по схеме:

| А | В | С | Д | Е |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| если верно только | если верно только | если верно только | если верно только | если все правильно |
| 1, 2, 3 | 1, 3 | 2, 4 | 4 | |

18. Для катарального аппендицита характерны следующие патолого-анатомические изменения:

- 1. Утолщение отростка
- 2. Серозно-геморрагический выпот в брюшной полости
- 3. Гиперемия серозной оболочки отростка
- 4. Наличие фибрина на серозе отростка

19. Для флегмонозного аппендицита характерны следующие патологоанатомические изменения:

- 1. Серознофибринозный экссудат в брюшной полости
- 2. Наличие гноя в просвете отростка
- 3. Налеты фибрина на отростке
- 4. Утолщение и гнойная инфильтрация слизистой и мышечного слоя

20. При остром аппендиците наблюдаются симптомы:

- 1. С-м Мейо-Робсона
- 2. Боль в правой подвздошной области
- 3. С-м Ортенра
- 4. Напряжение мышц в правой подвздошной области

21. К илеоцекальному отделу кишечника относятся:

- 1. Червеобразный отросток
- 2. Слепая кишка

3. Терминальный отдел подвздошной кишки
 4. Тощая кишка
22. Купол слепой кишки чаще располагается:
1. Экстраперитонеально
 2. Ретроперитонеально
 3. Мезоперитонеально
 4. Интраперитонеально
23. Особенности острого аппендицита у детей являются:
1. Местное защитное напряжение мышц брюшной стенки может быть не выражено
 2. Нередко наблюдается многократная рвота и понос
 3. Частое развитие разлитого перитонита
 4. Часто осложняется аппендикулярным инфильтратом
24. Клиника острого аппендицита у людей пожилого возраста характеризуется:
1. Сильными болями в правой подвздошной области
 2. Выраженным дефансом в правой подвздошной области
 3. Повышением температуры тела до 39°
 4. Склонностью к быстрому развитию деструкции червеобразного отростка
25. Клиника острого аппендицита у женщин во второй половине беременности характеризуется:
1. Часто отсутствием напряжения мышц брюшной стенки
 2. Смещением зоны болезненности вверх
 3. Нередко отсутствием симптомов раздражения брюшины
 4. Схваткообразными болями в животе
26. Осложнениями острого аппендицита могут быть:
1. Пилефлебит
 2. Разлитой перитонит
 3. Абсцесс брюшной полости
 4. Тазовый абсцесс
27. Симптомами острого аппендицита при типичном расположении червеобразного отростка являются:
1. Анорексия
 2. Тошнота и однократная рвота

3. Тимпанит над слепой кишкой
4. При исследовании rect vaginitis - симптом Промптова

28. Классическими симптомами острого аппендицита у взрослых являются:

1. Защитное напряжение мышц брюшной стенки в правой подвздошной области
2. Субфебрильная температура тела
3. Усиление боли при перемене положения тела
4. С-м Кохера

29. Для острого аппендицита у взрослых при типичном расположении отростка характерно:

1. Постоянная боль в правой подвздошной области
2. С-м Блюмберга-Щеткина
3. Мышечная защита в правой подвздошной области
4. Выраженная диарея

30. При остром аппендиците у детей имеют место:

1. Боль в животе выражена незначительно
2. Быстрое развитие перитонита
3. Часто нормальная температура тела
4. Многократная рвота, понос

31. В патогенезе острого аппендицита имеет место:

1. Сенсibilизация организма животным белком
2. Поражение лимфатического аппарата аппендикса
3. Непосредственное раздражение инородными телами, аскаридами, каловыми камнями
4. Наличием перегибов и деформации аппендикса

32. При расположении червеобразного отростка в малом тазу характерно:

1. Стертость, атипизм клинических проявлений
2. Боли внизу живота над лобком
3. Тенезмы
4. Дизурические явления

33. При ретроцекальном расположении червеобразного отростка наблюдаются:

1. Боли в поясничной области
2. Слабая выраженность симптомов раздражения брюшины

3. Болезненность при надавливании в треугольнике Пти
4. Положительный симптом Пастернацкого

34. При аппендикулярном инфильтрате показано следующее лечение:

1. Экстренная операция
2. Антибиотикотерапия
3. Очистительная клизма для исключения копростаз
4. Холод на живот, наблюдение

35. Симптомами абсцесса Дугласова пространства после аппендэктомии являются:

1. Гектическая температура тела
2. Симптомы кишечной непроходимости
3. Расстройства функции тазовых органов
4. Нависание задней стенки rectum

В вопросах 36 - 46 представлены признаки заболеваний. Выберите соответствующие заболевания, при которых они могут наблюдаться ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|-----------------------------------|
| 36. Схваткообразные боли в правой половине живота | А. Острый аппендицит |
| 37. Симптом Бартомье-Михельсона | В. Перфоративная язва |
| 38. "Резиновый живот" | С. Острый холецистит |
| 39. Вначале брадикардия, затем тахикардия | Д. Острый панкреатит |
| 40. Исчезновение печеночной тупости | Е. Острая кишечная непроходимость |
| 41. Иррадиация болей в правую лопатку | Ф. Острый аднексит |
| 42. Очень сильные боли в эпигастрии опоясывающего характера | Г. Мезаденит |
| 43. Болезненность при надавливании на шейку матки при влагалищном исследовании | |
| 44. Доскообразный живот | |
| 45. С-м Мерфи | |
| 46. С-м Ситковского | |

В вопросах 47 - 56 перечислены симптомы осложнений аппендицита. Подберите, какому из них они соответствуют ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|-----------------------------------|
| 47. Плотное, умеренно болезненное образование в правой подвздошной области | А. Аппендикулярный инфильтрат |
| 48. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всему животу | В. Аппендикулярный абсцесс |
| 49. Гектическая температура тела на фоне усиления болей в правой подвздошной области | С. Абсцесс Дугласова пространства |
| 50. Тенезмы | Д. Поддиафрагмальный абсцесс |
| 51. Затихающие боли в правой подвздошной области трехдневной давности | Е. Пилефлебит |
| 52. Часто желтуха | Ф. Распространенный перитонит |
| 53. Боли в левом подреберье, иррадиирующие в спину, надключичную область | |
| 54. Увеличение размеров печени | |
| 55. Высокое стояние купола диафрагмы слева | |
| 56. Тазовые расстройства | |

В вопросах 57 - 61 перечислены клинические проявления острого аппендицита. Подберите, какому расположению аппендикса и физиологическому состоянию организма они соответствуют ("вопрос-ответ");

| вопрос | ответ |
|---|--|
| 57. Положительный симптом поколачивания в поясничной области | А. Червеобразный отросток расположен в малом тазу |
| 58. Боли в правом подреберье | В. Ретроцекальное расположение червеобразного отростка |
| 59. Отсутствие температурной реакции и напряжения мышц живота | С. Острый аппендицит у детей |
| 60. Тенезмы | Д. Острый аппендицит у людей пожилого возраста |
| 61. Понос, высокая температура | Е. Острый аппендицит у беременных |

В вопросах 62 - 68 перечислены лечебные мероприятия. Подберите соответствующие заболевания, при которых они применяются ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|-----------------------------------|
| 62. Аппендэктомия | А. Кишечная непроходимость |
| 63. Консервативная терапия антибиотиками | В. Острый флегмонозный аппендицит |
| 64. Срединная лапаротомия, аппендэктомия | С. Аппендикулярный инфильтрат |
| 65. Грелка | Д. Почечная колика |
| 66. Холод на живот | Е. Перфоративный аппендицит |
| 67. Декомпрессия тонкой кишки | |
| 68. Интестинальный лаваж | |

В вопросах 69 - 78 перечислены признаки острых хирургических заболеваний. Выберите, при каких из них они могут наблюдаться ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---|-----------------------------|
| 69. Приступообразные боли в поясничной области с иррадиацией вниз | А. Острый аппендицит |
| 70. Бледность кожных покровов и снижение АД | В. Острый холецистит |
| 71. Выраженный дефанс в правой подвздошной области | С. Острый панкреатит |
| 72. Болезненность при надавливании в левом реберно-позвоночном углу | Д. Мочекаменная болезнь |
| 73. Болезненность и дефанс в правом подреберье | Е. Внематочная беременность |
| 74. Положительный с-м Ортнера | |
| 75. Кровоизлияния в область пупка | |
| 76. При УЗИ - двухконтурная стенка желчного пузыря | |
| 77. Снижение гематокрита и уровня гемоглобина | |
| 78. С-м Кохера | |

В вопросах 79 - 88 определите верно или неверно каждое из двух утверждений, далее определите верна или нет причинная взаимосвязь между ними:

| Ответ | Утверждение 1 | Утверждение 2 | Взаимосвязь между 1 и 2 утверждениями |
|-------|---------------|---------------|--|
| А | верно | верно | верна |
| В | верно | верно | неверна |
| С | верно | неверно | неверна |
| Д | неверно | верно | неверна |
| Е | неверно | неверно | неверна |

79. Больных острым аппендицитом следует экстренно оперировать (утверждение 1),
потому что
острый аппендицит может осложниться перитонитом (утверждение 2).

80. При остром аппендиците, осложненном разлитым перитонитом, производится срединная лапаротомия (утверждение 1),
потому что
при срединном доступе не требуется дополнительных проколов для дренажей (утверждение 2).

81. Острый аппендицит надо дифференцировать с перфоративной язвой 12-перстной кишки (утверждение 1),
потому что
при обоих заболеваниях наблюдается доскообразный живот (утверждение 2).

82. Больных с аппендикулярным инфильтратом не следует экстренно оперировать (утверждение 1),
потому что
аппендикулярный инфильтрат может вести к развитию абсцесса, перитонита (утверждение 2).

83. При ретроцекальном расположении червеобразного отростка клиника острого аппендицита напоминает клинику почечной колики (утверждение 1),

потому что
при ретроцекальном аппендиците боли носят схваткообразный характер
(утверждение 2).

84. Клиника острого аппендицита в первой половине беременности существенно не отличается от обычной (утверждение 1),
потому что
расположение отростка в этом периоде не меняется (утверждение 2)

85. Острый аппендицит следует дифференцировать с острым панкреатитом (утверждение 1),
потому что
при остром панкреатите и аппендиците рвота не характерна
(утверждение 2).

86. Перед операцией по поводу острого аппендицита больному следует поставить очистительную клизму (утверждение 1),
потому что
послеоперационный период легче протекает при отсутствии каловых масс в толстой кишке (утверждение 2).

87. После рассасывания аппендикулярного инфильтрата через 2-3 месяца операция противопоказана (утверждение 1),
потому что
аппендэктомия при аппендикулярном инфильтрате выполняется через разрез Пирогова (утверждение 2).

88. Острый аппендицит необходимо дифференцировать с перфоративной язвой желудка (утверждение 1),
потому что
при перфоративной язве желудка бывает симптом перемещения болей
(утверждение 2).

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Кровоснабжение слепой кишки и червеобразного отростка?
2. Какова функция илеоцекального угла?
3. Назовите классификацию острого аппендицита.
4. Какие патологоанатомические формы острого аппендицита Вы знаете?
5. Перечислите основные симптомы острого аппендицита. Что такое симптом Кохера?
6. Какие факторы определяют клиническую картину заболевания?
7. Назовите особенности острого аппендицита у детей, беременных, стариков.
8. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз острого аппендицита?
9. Какая Ваша тактика при установленном диагнозе острый аппендицит?
10. Какие разрезы применяются при выполнении аппендэктомии?
11. Какие способы удаления червеобразного отростка Вы знаете?
12. Назовите показания к дренированию брюшной полости при остром аппендиците.
13. Назовите принципы ведения больного в послеоперационном периоде.
14. Назовите осложнения острого аппендицита. Охарактеризуйте клинику аппендикулярного инфильтрата и абсцесса.
15. Ваша тактика при аппендикулярном инфильтрате?
16. Какой доступ Вы используете для вскрытия аппендикулярного абсцесса? Абсцесса дугласова пространства?
17. Что такое пилефлебит? Клиника и лечение.
18. Назовите симптомы хронического аппендицита.
19. Назовите особенности диагностики и дифференциальной диагностики хронического аппендицита.
20. Лапароскопическая аппендэктомия. Показания. Техника.

ГРЫЖИ ЖИВОТА

В глубокой древности людям были известны грыжи живота и методы их лечения. Они были описаны в работах Гиппократ (V в. до н.э.), Галена (I в. н.э.), Орибазиса (V в. н.э.).

Цельс (30-50 г. н. э.) дал классическое определение грыжи как выпячивания внутренностей через приобретенные и врожденные ворота, и её название (лат. hernia).

Оперативные пособия этого периода были просты, примитивны и калечащи. Например, при паховых грыжах производилось иссечение грыжевого мешка вместе с яичком, перевязка грыжевого мешка вместе с семенным канатиком, рассечение ущемляющего кольца (килотомия), суживание грыжевого отверстия после вправления внутренностей в брюшную полость путем прижигания её краев каленым железом или едкими веществами. В доапетическую эпоху операции подобного рода нередко оканчивались летально.

Прогресс в хирургии грыж связан с появлением методов обезболивания, внедрением в практику асептики и антисептики. Первые пластические операции при паховой грыже были произведены во Франции Лукой Шампионером в 1885 г. Работы Бассини (1884-1887), Постемского (1887), Жирара (1894), С.И.Спасокукоцкого (1902) создали основы современной операции грыжесечения паховой грыжи. Принципы оперативного лечения послеоперационных грыж сформулированы в работах Майдля (перекрытие грыжевых ворот лоскутами апоневроза), П.И.Дьяконов в 1893 г. предложил создание дубликатуры брюшной стенки в поперечном к оси тела направлении. Этот принцип был детально разработан Мейо для лечения пупочных грыж в 1898 г. К.М.Сапезко в 1898 г. впервые устранил дефект передней брюшной стенки удвоением мышечного апоневротического слоя в продольном направлении. Все эти способы относят к так называемым натяжным видам герниопластики, её принцип – сшивание тканей между собой, закрывая грыжевые ворота.

Ненатяжная герниопластика была предложена более 100 лет назад, её принцип в том, что грыжевые ворота закрываются прочным алломертериалом, который фиксируется к краям дефекта, а наложенные швы не вызывают натяжения тканей.

В середине 20 столетия внедряются в практику различные способы закрытия грыжевых дефектов с помощью ксенотрансплантатов, которые должны обладать механической прочностью и биологической инертностью, быть устойчивыми к инфекции.

В 1984 г. в практику внедрена методика Лихтенштейна, в 1991 г. лапароскопическая чресбрюшинная преперитонеальная герниопластика.

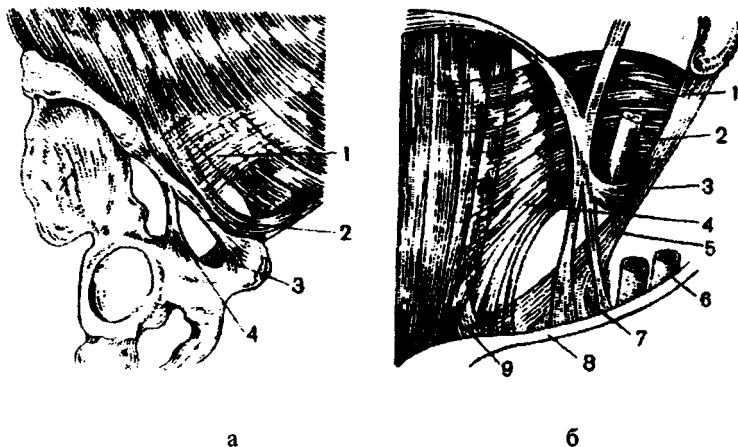


Рис. 44. Связочный аппарат паховой области
(К.Д.Тоскин, В.В.Жебровский, 1990)

- а – спереди: 1 – librae intercruralis; 2 – lig. inguinale (Poupart);
3 – lig. lacunare; 4 – lig. iliopectineum.
б – сзади: 1 – мышечная часть поперечной мышцы;
2 – семенной канатик; 3 – lig. interfoveolare.
4 – апоневроз поперечной мышцы; 5 – lig. inguinale (Poupart).
6 – бедренные сосуды; 7 – lig. lacunare; 8 – lig. pectineale,
9 – прикрепление прямой мышцы живота.

Грыжи встречаются у 3-4% населения. По частоте первое место занимают паховые грыжи (66,8%), далее следуют бедренные, пупочные, эпигастральные и остальные. Паховые грыжи встречаются чаще у мужчин, а бедренные и пупочные у женщин, хотя по данным некоторых авторов у женщин паховые грыжи встречаются чаще бедренных.

Грыжей живота называют выходение внутренностей из брюшной полости за ее пределы вместе с брюшиной, их покрывающей, через естественные или искусственные отверстия в брюшной стенке и тазовом дне.

Элементы грыжи живота: грыжевые ворота, грыжевой мешок, грыжевое содержимое. При скользящих грыжах одна из стенок грыжевого мешка образуется прилегающим к мешку органом, расположенным мезоперитонеально (слепая кишка, восходящий и нисходящий отделы толстой кишки, мочевого пузыря).

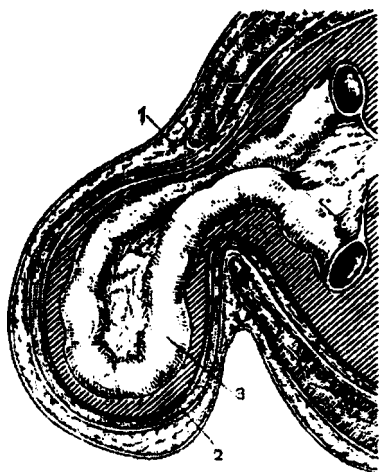


Рис. 45. Составные части грыжи:
1 – грыжевые ворота.
2 – грыжевой мешок.
3 – грыжевое содержимое.
(К.Д.Тоскин, В.В.Жебровский, 1990)

Грыжевые ворота - отверстия в мышечно-апоневрическом слое, через которые под влиянием различных причин происходит выпячивание париетальной брюшины и внутренностей живота.

Грыжевой мешок - часть париетальной брюшины, вышедшая через грыжевые ворота. Различают шейку, тело и дно грыжевого мешка, обычно имеющего овальную или грушевидную форму. Шейкой грыжевого мешка является его проксимальный отдел, находящийся в грыжевых воротах. Тело - наиболее широкая часть, располагающаяся непосредственно под кожей.

Грыжевым содержимым могут быть почти все органы брюшной полости: сальник, петли тонкой кишки, сигмовидная, поперечная ободочная и слепая кишки, червеобразный отросток, меккелев дивертикул, придатки матки, матка. Содержимым диафрагмальной грыжи могут быть желудок, почка, селезенка, печень.



Рис. 46. Скользящая грыжа слепой кишки



Рис. 47. Скользящая грыжа мочевого пузыря.
1 — мочевой пузырь

(К.Д.Тоскин, В.В.Жебровский, 1990)

М К Б 10

| | |
|------------|--|
| К40 | Паховая грыжа |
| К40.0 | Двусторонняя паховая грыжа с непроходимостью без гангрены |
| К40.1 | Двусторонняя паховая грыжа с гангреной |
| К40.2 | Двусторонняя паховая грыжа без непроходимости или гангрены |
| К40.3 | Односторонняя или неуточненная паховая грыжа с непроходимостью без гангрены |
| К40.4 | Односторонняя или неуточненная паховая грыжа с гангреной |
| К40.9 | Односторонняя или неуточненная паховая грыжа без непроходимости или гангрены |
| К41 | Бедренная грыжа |
| К41.0 | Двусторонняя бедренная грыжа с непроходимостью без гангрены |
| К41.1 | Двусторонняя бедренная грыжа с гангреной |
| К41.2 | Двусторонняя бедренная грыжа без непроходимости или гангрены |
| К41.3 | Односторонняя или неуточненная бедренная грыжа с непроходимостью без гангрены |
| К41.4 | Односторонняя или неуточненная бедренная грыжа с гангреной |
| К41.9 | Односторонняя или неуточненная бедренная грыжа без непроходимости или гангрены |
| К42 | Пупочная грыжа |
| К42.0 | Пупочная грыжа с непроходимостью без гангрены |
| К42.1 | Пупочная грыжа с гангреной |
| К42.9 | Пупочная грыжа без непроходимости или гангрены |
| К43 | Грыжа передней брюшной стенки |
| К43.0 | Грыжа передней брюшной стенки с непроходимостью без гангрены |
| К43.1 | Грыжа передней брюшной стенки с гангреной |
| К43.9 | Грыжа передней брюшной стенки без непроходимости или гангрены |
| К44 | Диафрагмальная грыжа |
| К44.0 | Диафрагмальная грыжа с непроходимостью без гангрены |
| К44.1 | Диафрагмальная грыжа с гангреной |
| К44.9 | Диафрагмальная грыжа без непроходимости или гангрены |
| К45 | Другие грыжи брюшной полости |

| | |
|------------|---|
| K45.0 | Другая уточненная грыжа брюшной полости с непроходимостью без гангрены |
| K45.1 | Другая уточненная грыжа брюшной полости с гангреной |
| K45.8 | Другая уточненная грыжа брюшной полости без непроходимости или гангрены |
| K46 | Грыжа брюшной полости не уточненная |
| K46.0 | Неуточненная грыжа брюшной полости с непроходимостью без гангрены |
| K46.1 | Неуточненная грыжа брюшной полости с гангреной |
| K46.9 | Неуточненная грыжа брюшной полости без непроходимости или гангрены |

Классификация грыж

А. По локализации:

1. Наружные - *hernia abdominalis externa* (паховые, бедренные, пупочные, белой линии живота и т.д.)
2. Внутренние - *hernia abdominalis interna* (внедряющиеся в брюшинные карманы, Винслово отверстие, диафрагмальные).

Б. По времени образования:

1. Врожденные - *h.congenita*, связанные с аномалиями развития, при них грыжевой мешок сформирован к моменту рождения.
2. Приобретенные - *h.acquisita* (грыжевой мешок формируется под действием производящих факторов):
 - а) от усилия
 - б) от слабости
 - в) послеоперационные - *h. postoperativa*
 - г) травматические - *h. traumatica*
 - д) невропатические - *h. neuropatica*
 - е) искусственные - *h. artificialis*
 - ж) патологические - *h. patologica*

В. По виду

- А) Полные - грыжевой мешок и его содержимое находятся в подкожной клетчатке.
- Б) Неполные - грыжевой мешок и его содержимое находятся в толще брюшной стенки.

Г. По клиническому течению:

1. Вправимые - *h. (libera) reponibilis*
2. Невправимые - *h. irreponibilis* (частично или полностью):
 - а) с явлениями копростазы
 - б) с явлениями воспаления
3. Ущемленные - *h. incarcerata*

Этиология и патогенез грыж

Главным фактором в возникновении грыжи следует считать ослабление способности мышц, апоневротической и соединительной ткани передней брюшной стенки оказывать сопротивление длительному или периодически возникающему повышению внутрибрюшного давления. У здорового человека тонус мышц диафрагмы и брюшной стенки удерживает внутренние органы в пределах брюшной полости, несмотря на наличие слабых мест, даже при больших колебаниях внутрибрюшного давления (поднятие тяжестей, дефекация, кашель, роды и т.д.). У некоторых людей вследствие различных причин снижаются возможности мышечно-апоневротического аппарата, что приводит к нарушению взаимодействия брюшной стенки с внутрибрюшинным давлением и, как следствие, возникает грыжа.

1. Предрасполагающие факторы:

- общие (наследственность, возраст, пол, степень упитанности, особенности телосложения)
- местные - особенности анатомического строения отдельных областей (паховый и бедренный каналы, пупок, полулунная линия, травма или рана, особенно послеоперационная, и др.).

2. Производящие причины:

- повышение внутрибрюшного давления (тяжелый физический труд, запоры, кашель, затрудненное мочеиспускание, поднятие тяжестей, трудные роды, ожирение, беременность, опухоли брюшной полости и т.д.);
- ослабление брюшной стенки (ее растяжение и истончение при повторных беременностях, травмах, снижении мышечного тонуса при параличах, в старческом возрасте и т.д.).

Общая симптоматология свободных наружных брюшных грыж

1. Наличие припухлости, появляющейся при натуживании или вертикальном положении больного и исчезающей в положении лежа или после ручного вправления (симптом вправимости грыжи).
2. Наличие отверстия или канала в брюшной стенке, определяемых пальцем после вправления грыжи (грыжевые ворота).
3. Наличие симптома кашлевого толчка при исследовании пальцем грыжевых ворот.
4. Наличие перистальтики при аускультации над грыжей (при наличии в грыжевом содержимом кишечника).
5. Наличие тимпанита при перкуссии (при наличии в грыжевом содержимом кишечника) или притупления (большой сальник или мочевой пузырь).

Специальные методы исследования

1. **Определение грыжевых ворот.** После вправления содержимого грыжи пальцем, введенным в грыжевые ворота, уточняют размер, форму наружного отверстия грыжевых ворот. При гигантских послеоперационных вентральных грыжах может быть несколько грыжевых ворот, которые должны быть осмотрены и исследованы.
2. **Определение «кашлевого толчка».** Хирург, инвагинируя мошонку II или III пальцем (исследование нужно проводить как в вертикальном, так и в горизонтальном положении больного), пальпирует лонный бугорок, после чего продвигает палец вперед и назад, по направлению к наружному отверстию пахового канала. В норме наружное отверстие пропускает кончик пальца. При грыже, в зависимости от её величины, диаметр отверстия увеличивается до 2-3 мм и более, пропуская 2-3 пальца, а иногда, при гигантских грыжах всю кисть (при вентральных грыжах). Не извлекая пальцы, хирург предлагает больному натужиться или покашлять. При этом ощущает толчкообразное давление на верхушку пальца.
3. **Симптом блока** проводят для дифференциальной диагностики косых и прямых паховых грыж. После вправления содержимого грыжи пальцем прижимают проекцию глубокого поверхностного кольца (на 1-1,5 см выше середины паупертовой связки) и просят больного покашлять, не отнимая палец. При появлении грыжевого выпячивания – грыжа прямая, при отсутствии – косая.

Лечение наружных грыж живота - хирургическое, консервативные методы, имеющие целью механическое закрытие грыжевых ворот, в том числе бандаж, применяются лишь при наличии противопоказаний к хирургическому лечению.

Общие принципы операций при грыжах

1. Рассечение тканей над грыжевым выпячиванием.
2. Обработка грыжевого мешка и вправление внутренностей.
3. Пластика грыжевых ворот.

Показание к операции при неосложненных грыжах - наружная грыжа живота в любом возрасте.

Противопоказания к операции при неосложненных грыжах

1. Наличие выраженных нарушений сердечной деятельности и органов дыхания, как в пожилом, так и в молодом возрасте.
2. Неоперабельные злокачественные образования.
3. Тяжелые заболевания почек, печени, другие неизлечимые болезни.

4. Временные противопоказания: инфекционные заболевания, обострение туберкулеза, наличие источников эндогенной инфекции, гнойничковые поражения кожи, другие острые заболевания.

Осложнения грыж брюшной стенки:

1. **Неправимость** (возникает при сращении грыжевого содержимого с грыжевым мешком) вследствие травматизации и асептического воспаления при частом вправлении, ношении бандажа.
2. **Копростаз** (наблюдается, как правило, при неврашиваемых грыжах и проявляется упорными запорами), чаще бывает у пожилых людей вследствие нарушения моторики кишечника и малоподвижного образа жизни.
3. **Воспаление грыжи:**
 - а) исходящее из внутренних органов (аппендицит, острый холецистит, туберкулез брюшины, перфорация полого органа и др.).
 - б) исходящее со стороны кожи (при травмировании грыжи в период ношения бандажа), фурункулах, ссадинах и т.д.
4. **Повреждения грыжи:**
 - а) разрыв кишки в свободной грыже вследствие резкого повышения внутрибрюшинного давления;
 - б) разрыв содержимого грыжи вследствие ушиба брюшной стенки вдали от грыжи;
 - в) разрыв внутренних органов при прямой травме грыжи или насильственном вправлении.
5. **Новообразования грыжи, исходящие:**
 - а) из окружающих органов и тканей, сдавливающих грыжевой мешок;
 - б) из грыжевого мешка;
 - в) из содержимого грыжи;
6. **Инородные тела в содержимом грыжи** (камни мочевого пузыря, аскариды, проглоченные предметы, отшнурованные жировые привески толстой кишки, участки сальника).
7. **Ущемление грыжи.**

По механизму возникновения ущемление может быть:

1. **Эластическое** (в момент внезапного повышения внутрибрюшинного давления при физической нагрузке, кашле, натуживании происходит перерастяжение грыжевых ворот и мешка, поэтому в грыжевой мешок выходит большой объем внутренних органов; при этом происходит ущемление грыжевого содержимого в грыжевых воротах вследствие незначительной растяжимости апоневротической ткани).

2. Каловое (вследствие переполнения каловыми массами приводящей петли и сдавления отводящей петли толстой кишки)
3. Смешанное.

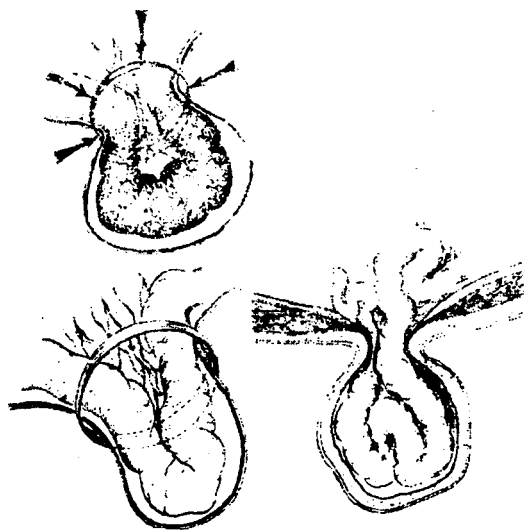


Рис. 48. Схема калового ущемления грыжи
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев, 1975)

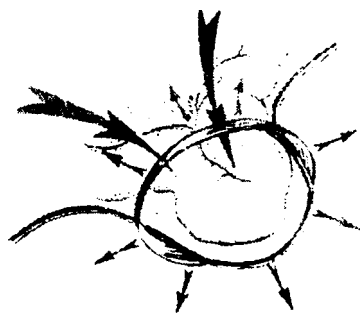


Рис. 49. Схема эластического ущемления грыжи
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев, 1975)

Особые формы ущемления:

1. Ретроградное (в грыжевом мешке находятся две малоизмененные кишечные петли, а связующая их петля, находящаяся в брюшной полости, резко изменена).

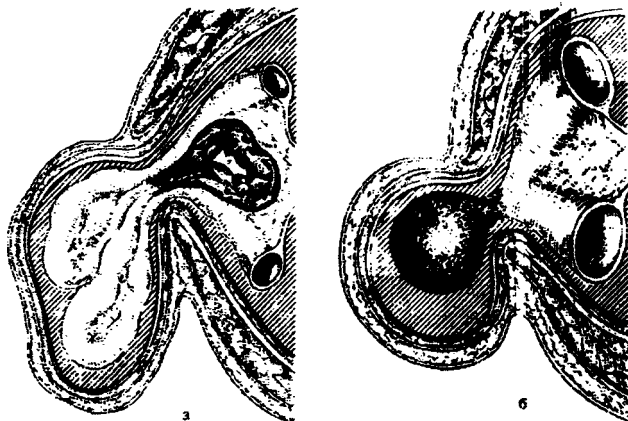


Рис. 50. Виды ущемления.
а – ретроградное, б – пристеночное.
(К.Д.Тоскин, В.В.Жебровский, 1990)

2. Рихтеровское (пристеночное) ущемление кишки (не сопровождается картиной полной непроходимости кишечника). Его называют также ущемлением Литре.
3. Грыжи Литре (при наличии Меккелева дивертикула в грыжевом мешке).

Признаки ущемленной грыжи:

1. Сильнейшие боли в области грыжи
2. Невправимость грыжи
3. Напряжение и увеличение грыжи в объеме
4. Резкая болезненность при пальпации
5. Отсутствие симптомов кашлевого толчка
6. Клиника кишечной непроходимости (при ущемлении петли кишки)
7. При некрозе ущемленного органа появляются признаки воспаления грыжевого мешка - грыжевая флегмона.

Ложное ущемление - некоторые острые заболевания органов брюшной полости (аппендицит, холецистит, панкреатит и т.д.) могут проявляться симптоматикой в области грыжевого мешка, похожей на ущемление грыжи за счет развития воспаления брюшины в свободном грыжевом мешке. Необходимо проводить лечение основного заболевания.

Осложнения после насильственного вправления ущемленной грыжи

1. Мнимое вправление грыжи в предбрюшинную клетчатку вместе с ущемляющим кольцом.
2. Ложное вправление путем разрыва грыжевого мешка и выходение кишечной петли в предбрюшинную клетчатку через разрыв стенки мешка (ущемление осталось).
3. Ложное вправление путем кругового разрыва грыжевого мешка ниже шейки.
4. Разрыв кишки или другого органа (опасность перитонита).
5. Разрыв сосуда брыжейки (кровотечение).
6. Вправление нежизнеспособной кишки.

Определение жизнеспособности ущемленной петли кишечника

| Признак | Кишечная петля жизнеспособна | Кишечная петля нежизнеспособна |
|---|--|--|
| 1. Цвет кишки | Темно-красная, синеватая. | Черно-зеленая или темно-синяя. |
| 2. Вид висцеральной брюшины | Гладкая, блестящая, под серозной оболочкой небольшие кровоизлияния. | Без блеска, матовая, большие участки кровоизлияния под серозой. |
| 3. Состояние брыжейки | Может быть отечной, пульсация сосудов определяется. В больших сосудах нет тромбов. | Тромбоз больших сосудов, пульсация отсутствует, выраженный отек. |
| 4. Реакция кишки на согревание горячими салфетками и наличие перистальтики | Цвет становится красным, появляется перистальтика. | Цвет кишки отчетливо не изменяется, перистальтика не видна. |

Особенности оперативной техники при ущемленной грыже

1. Рассечение мягких тканей.
2. Вскрытие грыжевого мешка и фиксация ущемленного органа.
3. Рассечение ущемляющего кольца.
4. Ревизия и определение жизнеспособности ущемленного органа, резекция нежизнеспособных частей.
5. Удаление грыжевого мешка.
6. Пластика грыжевых ворот.

Отдельные формы грыж

Паховые грыжи

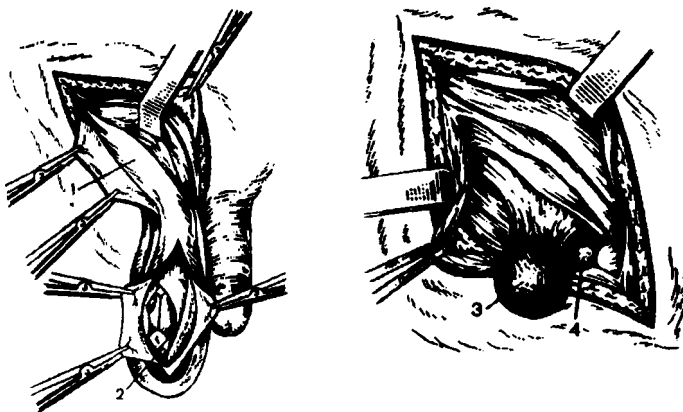


Рис. 51. Виды паховых грыж:

1 - косая; 2 - пахово-мошоночная; 3 - прямая; 4 - надпузырная.

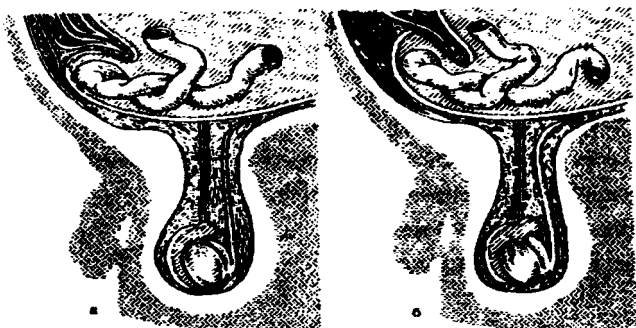


Рис. 52. Внутривентральные паховые грыжи.

(К.Д.Тоскин, В.В.Жебровский, 1990)

а – грыжевой мешок расположен между апоневрозом наружной косой мышцы живота и внутренней косой мышцей.

б – грыжевой мешок расположен между внутренней косой и поперечной мышцами.

Анатомические и клинические различия косой и прямой паховых грыж

| 1. Косая грыжа | 1. Прямая грыжа |
|--|---|
| 2. Выходит через латеральную паховую ямку и проходит через паховый канал. | 2. Выходит через медиальную паховую ямку и через паховый канал не проходит. |
| 3. Грыжевой мешок располагается в толще семенного канатика и лежит кнаружи и впереди от сосудов и семявыводящего протока | 3. Грыжевой мешок только соприкасается с семенным канатиком и расположен кнутри от его элементов. |
| 4. Грыжа напряжения (чаще бывает у молодых). | 4. Грыжа слабости (чаще наблюдается у стариков). |
| 5. Чаще всего односторонние | 5. Как правило, двухсторонние. |
| 6. Форма овальная. | 6. Шаровидной формы. |
| 7. Спускается в мошонку | 7. В мошонку не спускается. |
| 8. Нижняя надчревная артерия находится кнутри от грыжевого мешка. | 8. Нижняя надчревная артерия пальпируется кнаружи от грыжевого мешка. |
| 9. Симптом "блока" положителен. | 9. Симптом "блока" отрицателен. |

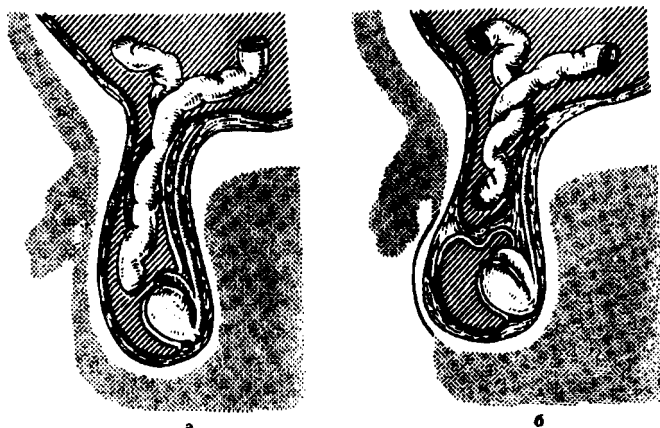


Рис. 53. Врожденная паховая грыжа.
 а – полная врожденная паховая грыжа;
 б – врожденная паховая грыжа в сочетании с водянкой яичка.
 (К.Д.Тоскин, В.В.Жебровский, 1990)

Способы пластики грыжевых ворот при паховых грыжах

Передние натяжные методы пластики

1. Косая паховая грыжа (укрепляется передняя стенка пахового канала):

1. *По Ру* - апоневроз наружной косой мышцы вместе с подлежащими мышцами (без вскрытия пахового канала) подшивается к паховой связке (применяется только у детей).
2. *По Жирару* - к паховой связке подшивается внутренняя косая и поперечная мышцы, затем медиальный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота с последующей дубликатурой апоневроза.
3. *По Жирару-Спасокукоцкому-Кимбаровскому* - как и при способе Жирара, но с использованием шва Кимбаровского, позволяющего сшивать однородные ткани.

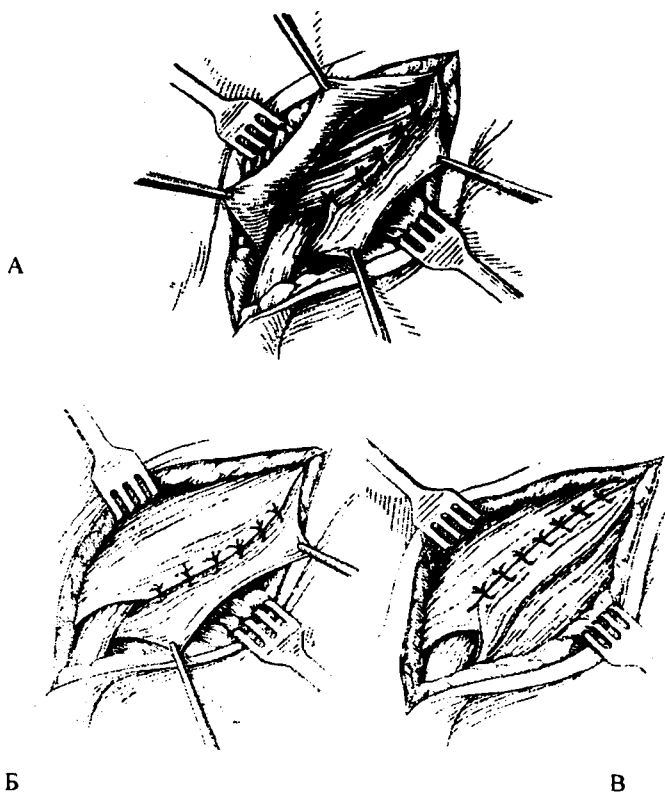


Рис. 54. Пластика пахового канала по Жирару.
(Ю.М.Лопухин, М.Н.Молоденков, 1964)

А — подшивание внутренней косой и поперечной мышц к пупартовой связке;
 Б — подшивание верхнего листка апоневроза наружной косой мышцы к пупарто-
 вой связке; В — создание дубликатуры из апоневроза.

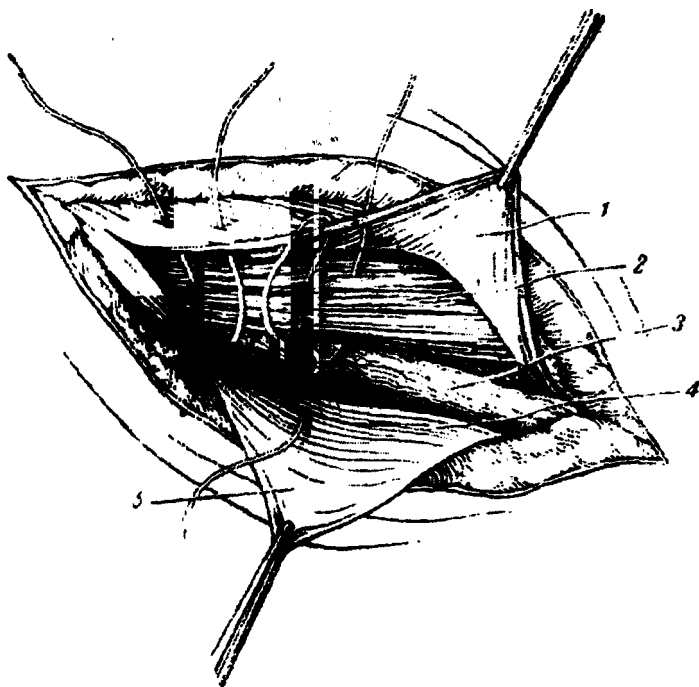


Рис. 55. Пластика пахового канала по Жиřару – Спасокукоцкому с наложением швов по Кимбаровскому. Подшивание верхнего листка апоневроза наружной косой мышцы вместе с краями внутренней косой и поперечной мышц к пупартовой связке.

(Ю.М.Лопухин, М.Н.Молоденков, 1964)

- 1 – апоневроз наружной косой мышцы (aponeurosis m. obliqui abdominis externi);
- 2 – внутренняя косая поперечная мышцы (mm. obliquus abdominis externus et transversus);
- 3 – семенной канатик (funiculus spermaticus);
- 4 – пупартова связка (lig. inguinale Pouparti);
- 5 – нижний листик апоневроза наружной косой мышцы.

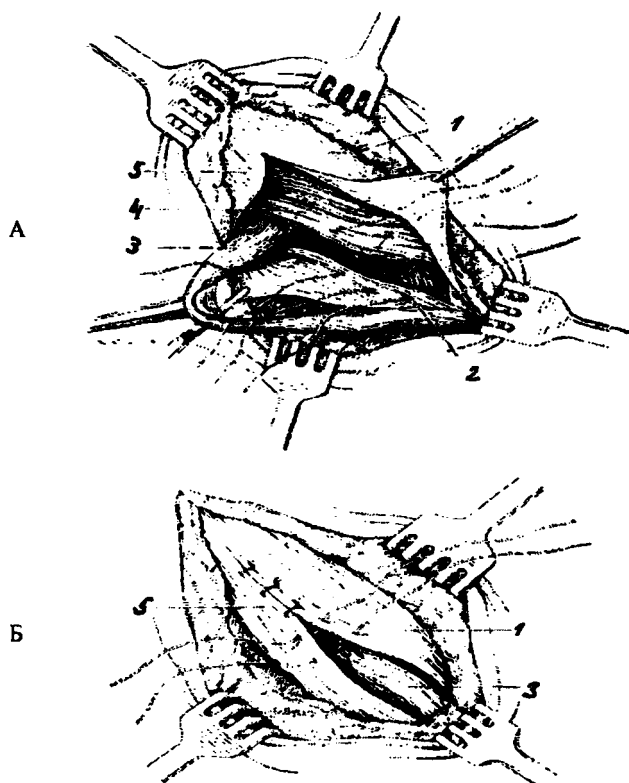


Рис. 56. Пластика пахового канала по Бассини.
(Ю.М.Лопухин, М.Н.Молоденков. 1964)

А — наложение глубоких швов;

Б — швы на апоневрозе наружной косой мышцы;

1, 5 — апоневроз наружной косой мышцы живота (aponeurosis m. obliqui abdominis externi);

2 — пупартова связка (lig. Pouparti);

3 — семенной канатик (funiculus spermaticus);

4 — внутренняя косая и поперечная мышцы живота (mm. obliquus abdominis internus et transversus).

II. Прямая паховая грыжа (укрепляется задняя стенка пахового канала):

1. *По Бассини* - под семенным канатиком к паховой связке подшивается внутренняя косая, поперечная мышца и поперечная фасция, затем над семенным канатиком сшиваются листики апоневроза наружной косой мышцы живота.
2. *По Хаккенбруху* - под семенным канатиком к паховой связке подшивается медиальный лоскут апоневроза, внутренняя косая и поперечная мышцы; семенной канатик располагается между листками удвоенного апоневроза.

Задние "натяжные" способы пластики (Нихуса, Шолдиса и др.), при которых паховый канал ушивается со стороны брюшной полости или предбрюшинного пространства и комбинированные доступы (герниолапаротомии), при которых вмешательства производят из 2-х разрезов – внутрибрюшинно – обработка грыжевого мешка, внебрюшинно – пластика пахового канала. Из задних способов пластики наибольшее распространение получила методика Нихуса.

Преперитонеальное пространство вскрывается поперечным разрезом на 3 см выше паховой связки. Разрез проводится на 2 поперечных пальца выше симфиза. Рассекается кожа, подкожная клетчатка, влагалище прямой мышцы живота. разрез передней брюшной стенки должен выполняться таким образом, чтобы быть выше внутреннего пахового кольца. прямая мышца живота смещается медиально и выполняется латеральный поперечный разрез длиной несколько сантиметров. Рассекается поперечная фасция и дальнейшая работа происходит в предбрюшинном пространстве. Грыжевой мешок при прямой паховой грыже может быть погружен в брюшную полость, допустимо его вскрытие и иссечение. Пластика пахового канала выполняется отдельными швами (полипропилен 0). Наклаиваются швы между верхним и нижним краями дефекта (поперечная фасция и паховая связка). В случае невыраженной паховой связки в качестве пластического материала может быть использована связка Купера. В случае косой паховой грыжи рекомендуется вскрыть грыжевой мешок, выделить, прошить и отсечь его. При больших косых грыжах семенной канатик отводится латерально и накладываются швы между волокнами поперечной фасции и подвздошнопаховым тяжем.

Методика считается показанной при лечении рецидивных паховых грыж, когда передний доступ к паховому каналу затруднен из-за рубцов и спаек. Помимо этого Нихус и Мак-Вей считали показанным преперитонеальный доступ при операциях по поводу бедренных

грыж, так как паховый канал в этом случае не поврежден. В 70-80 годы этот способ применялся достаточно широко.

Пластика пахового канала по Шолдису

Методика состоит из двух частей: оперативного доступа и пластического этапа операции. Первым важным моментом является скрупулезное выделение семенного канатика, наружной семенной артерии и вены и генитальной ветви генито-фemorального нерва. Выделение этих структур позволяет визуализировать целиком заднюю стенку пахового канала. Наружные семенные сосуды пересекаются, что не приводит к развитию ишемического орхита. Наружные семенные сосуды кровоснабжают кремаштер, оболочки яичка, но не само яичко. Следующим важным шагом является полное рассечение задней стенки пахового канала вплоть до внутреннего пахового отверстия. В результате семенной канатик становится абсолютно мобильным и нефиксированным. У большинства больных необходимо выполнять рассечение поперечной фасции медиально до лонной кости. Рассечение задней стенки пахового канала выполняется выше паховой связки на 1 см. Лоскуты рассеченной поперечной фасции тщательно отделяются от подлежащей жировой ткани. Грыжевой мешок при прямых паховых грыжах погружается в брюшную полость. Небольшие грыжевые мешки при косых паховых грыжах, скользящих грыжах также пересекаются и ушиваются у уровня внутреннего пахового кольца. Дистальная часть грыжевого мешка рассекается вдоль для предупреждения образования гидроцеле. Избегают мобилизации семенного канатика дальше лонного бугорка, крайне редко производят мобилизацию яичка и орхэктомию.

Пластический этап операции выполняется ушиванием «внахлестку», с созданием дубликатуры поперечной фасции. Шов начинается медиально. Часто бывает необходимо взять в шов стенку влагалища прямой мышцы живота у лонного бугорка. Латеральный лоскут подшивают к медиальному, отступая от его края на 2-3 см. Шов накладывают до тех пор, пока не будет сформирован медиальный участок внутреннего пахового кольца. Затем нить захлестывают и подшивают медиальный лоскут к паховой связке в направлении от внутреннего отверстия пахового канала к лонной кости (можно накладывать второй ряд швов также от лонного бугорка). Следующая линия швов фиксируется двумя рядами непрерывных швов апоневроз внутренней косой и поперечной мышцы живота к паховой связке. Данный шов начинают от глубокого пахового кольца и продолжают к лонному бугорку, захватывая поперечную мышцу и глубокие слои паховой связки. Дойдя до лонного бугорка, непрерывным швом подшивают апо-

невроз наружной косой мышцы и более поверхностные слои паховой связки, возвращаясь к внутреннему паховому кольцу. Если, а такое случается, апоневроз отсутствует, то данная линия швов необязательна так как наложение швов на мышечную ткань ненадежно. Рекомендуется использовать монофиламентную, нерасщепляющуюся, нерассасывающуюся нить. Наиболее популярным материалом является полипропилен 00.

При подшивании нижнего края фасции к верхнему шов накладывается в той части, где фасция тесно прилежит к поперечной мышце. Поэтому после наложения дубликатуры поперечная и внутренняя косая мышцы живота приближаются к паховой связке, что позволяет последующие швы накладывать с меньшим натяжением.

«Ненатяжные» способы пластики пахового канала, при которых грыжевые ворота закрываются с применением различных ауто-: гетеро-: тканей (лоскут широкой фасции бедра, прямой мышцы живота, надкосница, кость, кожа, портняжной мышцы), аллопластических материалов (сетка из серебра, нержавеющей стали, целлюлодина, резины, каучука), но эти материалы вызывали выраженную воспалительную реакцию со стороны тканей, нагноение и отторжение, поэтому их в настоящее время не применяют. Применение сеток из пластмасс, например, полиэфирных (лавсан), полиамидных (капрон, нейлон), полиэтиленовых (марлекс), поливинилалкогольных получило более широкое распространение, хотя эти материалы так же часто отторгались организмом. С 1959 г. начато применение полипропиленовых сетчатых материалов, которые практически инертны по отношению к тканям организма. Наиболее широко распространенной методикой ненатяжной герниопластики является способ Лихтенштейна - закрытие пахового промежутка синтетической сеткой с отверстием для семенного канатика.

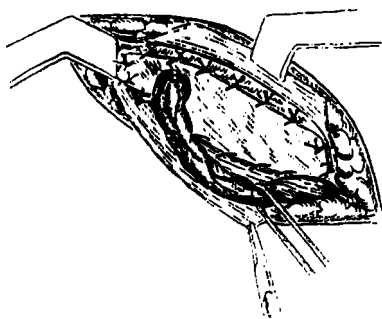
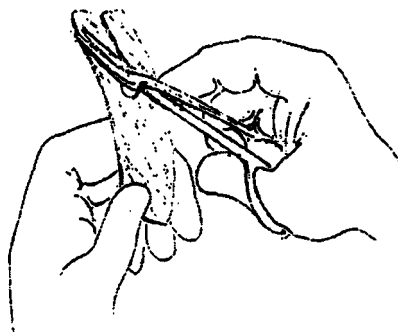


Рис. 57. А. Семенной канатик пропущен через искусственно созданное паховое кольцо синтетической сетки и укладывается на неё. «Ножки» сетки сшиваются между собой П-образными швами. (Египев В.Н., 2002)

Рис. 58. Б. Синтетическая сетка (Marlex 8x16 см) раскраивается по размерам задней стенки пахового канала, обычно: 6-8 см шириной. Сетка должна покрывать внутреннюю косую мышцу не менее чем на 2-3 см. Делается разрез в латеральной части сетки и выкраивается отверстие для семенного канатика.
(Егиев В.Н., 2002)



С 1991 г. успешно применяются видеолaparоскопические методики перитонеальной и преперитонеальной герниопластики с использованием сетчатых материалов.

Бедренные грыжи

Бедренные грыжи выходят через бедренный канал и чаще встречаются у женщин. Грыжевое выпячивание располагается ниже пупартовой связки и кнаружи от лобкового бугорка. Бедренную грыжу необходимо дифференцировать с варикозным узлом и бедренным лимфаденитом.

Способы операций при бедренных грыжах

1. *По Бассини* - ушивается внутреннее отверстие бедренного канала путем наложения 2-3 швов на нижний край паховой связки и надкостницу лонной кости, разрез кожи производится на бедре.
2. *Паховые способы:*
 - *По Руджи* - бедренная грыжа переводится в паховую; при пластике пупартовую связку со стороны пахового канала подшивают к верхней лобковой связке, затем производят пластику передней стенки пахового канала.
 - *По Парлавецchio* - закрытие бедренного канала производят со стороны пахового канала путем подшивания внутренней косой и поперечной мышцы к гребешковой и паховой связкам.

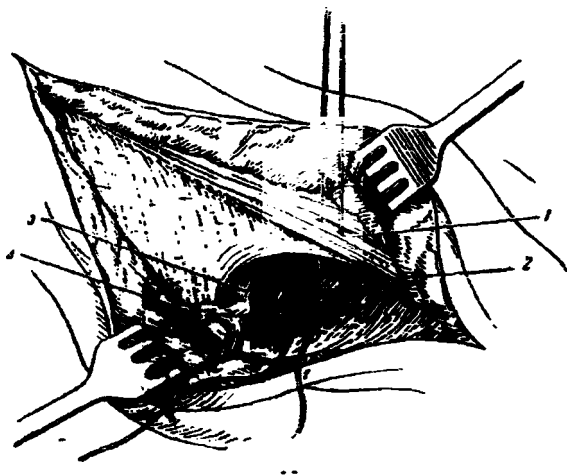
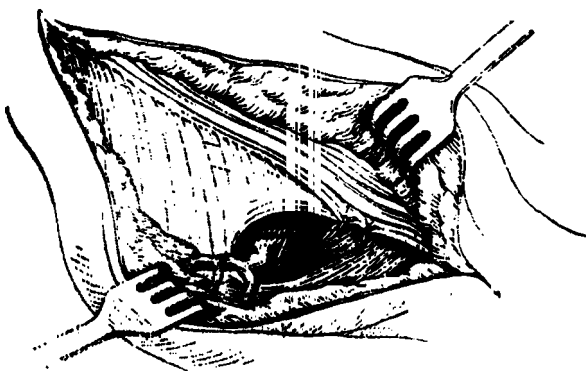


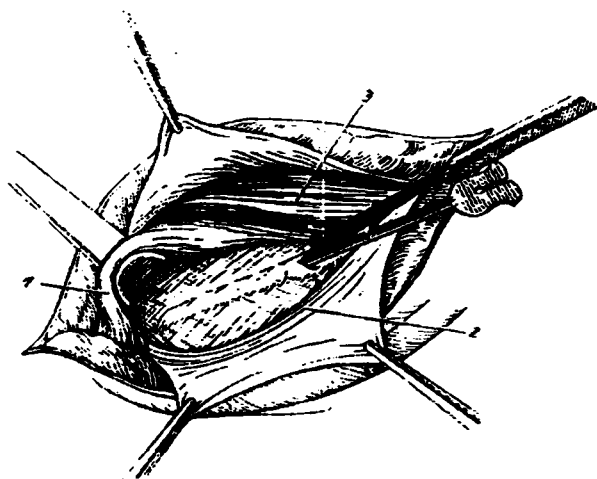
Рис. 59. Ушивание внутреннего отверстия бедренного канала по Бассини
(Ю.М.Лопухин, М.Н.Молоденков, 1964)



Б

Рис. 60. Ушивание внутреннего отверстия бедренного канала по Бассини
(продолжение)

А, Б – этапы операции: 1 – пупартова связка (lig. inguinale Pouparty);
2 – куперова связка (lig. Cooperi); 3 – бедренная вена (v. femoralis);
4 – большая подкожная вена (v. saphena magna).



A

Рис. 61. Ушивание внутреннего отверстия бедренного канала по Руджи
(Ю.М.Лопухин, М.Н.Молоденков, 1964)

А, Б, В – этапы операции:

А – рассечение поперечной фасции (задней стенки пахового канала).

1 – семенной канатик (*funiculus spermaticus*);

2 – пупартова связка (*lig. inguinale Pouparti*);

3 – нижний край внутренней косой и поперечной мышц (*mm. obliquus abdominis internus et transversus*);

4 – жимбернатова связка (*lig. Gimbernati*);

5 – куперова связка (*lig. Cooperi*);

6 – бедренная вена (*v. femoralis*);

7 – внутреннее отверстие бедренного канала (*annulus internus canalis femoralis*).

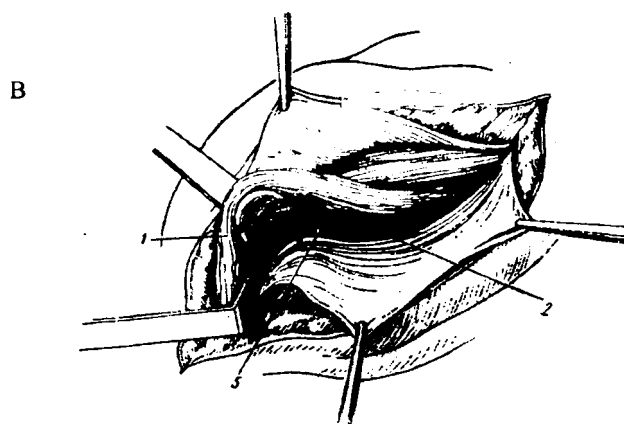
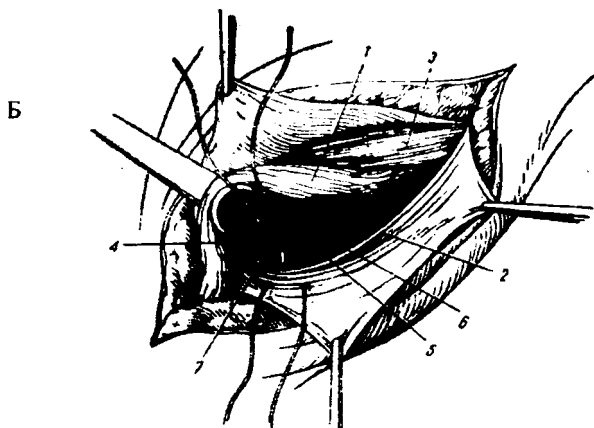


Рис. 62. Ушивание внутреннего отверстия бедренного канала по Руджи.
(продолжение)
Б, В – этапы операции

Пупочные грыжи

Пупочные грыжи чаще встречаются у женщин и детей. У детей до трехлетнего возраста пупочные грыжи лечатся консервативно (путем сближения кожи в области пупочного кольца полосками липкого пластыря).

Методы операций при пупочных грыжах

1. *Лексера* - пупочное кольцо стягивается кисетным швом (только у детей).
2. *Мейо* - грыжевые ворота ушивают П-образными швами и формированием дубликатуры апоневроза в поперечном направлении.
3. *Сапезко* - грыжевые ворота ушиваются, как и при способе Мейо, но только в продольном направлении.

Грыжи белой линии живота

Различают три типа грыж белой линии живота: 1) эпигастральную (надпупочную), 2) околопупочную, 3) подпупочную.

Пластику грыжевых ворот при вентральных грыжах проводят в поперечном или продольном направлении по типу Мейо или Сапезко.

При больших вентральных грыжах нередко приходится прибегать к пластическим операциям (способ Напалкова, перемещение апоневроза, аутодермальная пластика, применение ксенопластических материалов).

В связи с развитием хирургической специальности и ростом числа операций увеличивается количество послеоперационных грыж, частота их достигает 6%, по данным Н.З.Моникова (1959). С. Belloni и А. Angania (1969) указывают, что послеоперационные грыжи и эвентрации составляют около 5% от всех осложнений, возникающих после чистых лапаротомий, и 10% - после нагноившихся операционных ран, 15-19% после холецистэктомии (С.А.Жулев).

Принципы оперативного лечения послеоперационной грыжи

1. Оперативный доступ к грыжевым воротам;
2. Вскрытие грыжевого мешка и отделение органов брюшной полости от его стенок;
3. Частичное или полное иссечение краев грыжевых ворот;
4. Мобилизация и экономное иссечение краев грыжевых ворот;
5. Пластика передней брюшной стенки;
6. Зашивание послеоперационной раны.

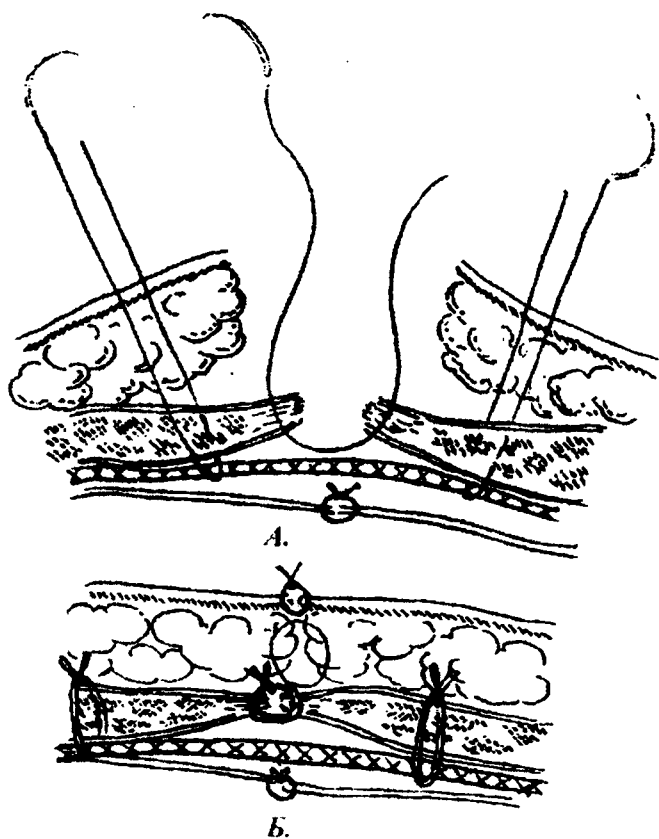


Рис. 63. Вариант герниопластики при послеоперационной грыже «inlay»
(Егив В.Н., 2002)

А. Брюшина ушита. Сетка помещена в предбрюшинную клетчатку, подшита П-образными швами, которые не завязываются. Накладывается шов на апоневроз без образования дубликатуры. П-образные швы затягиваются после ушивания апоневроза;

Б. Окончательный вид пластики. Сетка расположена позади апоневроза, в предбрюшинной клетчатке.

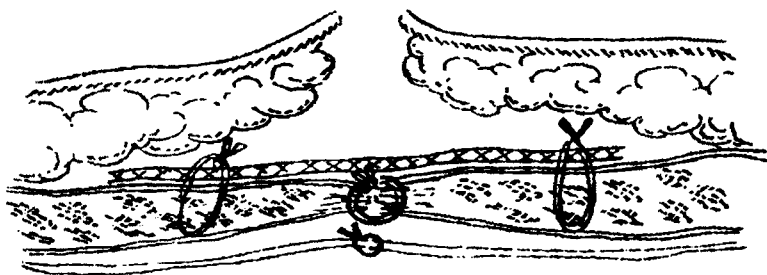


Рис. 64. Вариант герниопластики при послеоперационной грыже «onlay»
(Егив В.Н., 2002)

Брюшина ушита. Края грыжевого дефекта соединяются до плотного соприкосновения непрерывным или узловыми швами. Переднюю поверхность мышечно-апоневротического доступа отделяют от подкожной клетчатки на протяжении 6-8 см. На них укладывают сетку и подшивают её узловыми швами

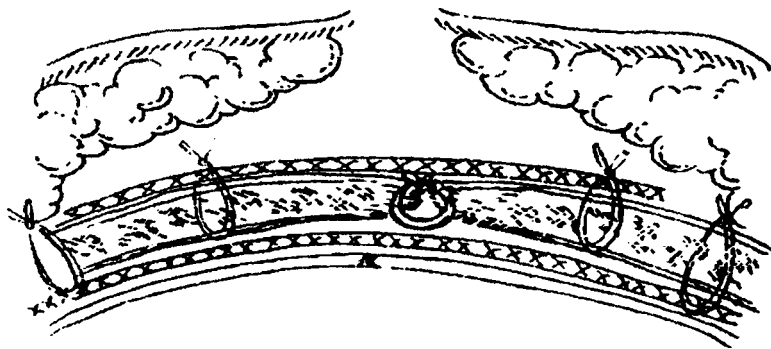


Рис. 65. Вариант герниопластики при послеоперационной грыже
«inlay-onlay» (Егив В.Н., 2002)

Комбинированная пластика применяется при больших и гигантских грыжах. Брюшина ушивается, а при невозможности её сшить зоны пластики зоны пластики отграничивается сальником (или ПТФЭ сеткой). Нижний имплантант располагается под мышцами предбрюшинно, фиксируется П-образными швами. Ушивается грыжевой дефект без образования дубликатуры. Завязываются предварительно наложенные П-образные швы. Верхний имплантант закрывает дефект и располагается в подкожной клетчатке.

Оперативный доступ к грыжевым воротам: лучше применять широкие окаймляющие разрезы с полным иссечением послеоперационных рубцов, излишков кожи и подкожной клетчатки.

Вскрытие грыжевого мешка и отделение органов брюшной полости от его стенок следует проводить только внутрибрюшинным доступом, отделять петли кишок и большой сальник, разделять сращения в брюшной полости для профилактики спасочной кишечной непроходимости.

Иссечение грыжевого мешка должно быть полным, иногда часть его можно оставить для использования при пластике грыжевого дефекта.

При мобилизации и иссечении краев грыжевых ворот следует рассечь все перегородки и придать грыжевым воротам формы овала, по возможности иссечь все рубцовые ткани.

Примером *пластики передней брюшной стенки* с использованием синтетических материалов или пластических способов может служить *способ Напалкова Н. И.*

Первый ряд шов накладывают на внутренние края прямых мышц живота и брюшину, если не удастся брюшину ушить отдельными швами. Отступив от внутреннего края прямых мышц живота на 1-1,5 см, продольно на длину грыжевого дефекта рассекают передние стенки влагалищ прямых мышц живота. Узловыми швами поочередно сшивают сначала внутренние, затем наружные края передних стенок влагалищ прямых мышц живота. В результате применения описанного способа по средней линии располагаются один над одним три ряда узловых швов.

Рецидивы встречаются у 5-10% оперированных. Этот раздел хирургии относится к особо сложным.

Ситуационная задача

1. Больной 71 года в течение 3 последних лет испытывает затруднения при мочеиспускании. Моча выделяется тонкой вялой струей, часты стали позывы на мочеиспускание. Год назад больной заметил в обоих паховых областях округлой формы выпячивания размером 5х5 см, исчезающие в горизонтальном положении. Образование эти безболезненные, мягкой консистенции.

Семенные канатики расположены кнаружи от выпячиваний. Наружные отверстия пахового канала круглой формы диаметром 1,5 см. Ваш диагноз и тактика лечения?

2. У больного 16 лет во время операции по поводу левосторонней паховой грыжи оказалось, что левое яичко находится внутри грыжевого мешка.

К какому типу относится такая грыжа. В чем заключается особенность оперативного вмешательства у данного больного?

3. В приемное отделение доставлен больной 50 лет, страдающий в течение 3 лет пахово-мошоночной грыжей. Сутки назад грыжа ущемилась. Больной, находясь дома, пробовал сам вправить грыжу. Это ему не удалось. Состояние ухудшилось, и он решил обратиться в клинику. Во время гигиенической ванны в приемном отделении грыжа самопроизвольно вправилась. Больной почувствовал себя совершенно здоровым и был отпущен домой. Через 5 ч. был доставлен вновь, уже с явлениями перитонита.

В чем состоит ошибка врача? Какие могут быть варианты течения заболевания при вправлении грыжи и какая должна быть соответственно тактика врача?

4. Больной 25 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на наличие припухлости в правой паховой области, появляющейся при натуживании и в вертикальном положении, спускается в мошонку. Выпячивание появилось 1 год назад. В анамнезе тяжелая физическая работа в последние 10 лет. При пальпации образование мягко-эластической консистенции, безболезненное, свободно вправляется.

1. Наиболее вероятный диагноз?

А. Варикоцеле

Б. Косая паховая грыжа

- В. Прямая паховая грыжа
- Г. Бедренная грыжа
- Д. Гидроцеле
- Е. Липома паховой области
- 3. Варикозный узел
- И. Врожденная паховая грыжа

2. К факторам, предрасполагающим к возникновению этого заболевания, относятся:

- А. Возраст
- Б. Пол
- В. Особенности мочеиспускания
- Г. Травма брюшной стенки
- Д. Послеоперационные рубцы
- Е. Врожденные факторы
- 3. Анатомические особенности
- И. Врожденная слабость венозной стенки
- К. Воспаление органов малого таза

3. Производящими факторами у этого пациента являются:

- А. Особенности телосложения
- Б. Запоры
- В. Кашель
- Г. Степень упитанности
- Д. Затрудненное мочеиспускание
- Е. Трудные роды
- 3. Поднятие тяжести
- И. Опухоли брюшной полости
- К. Травмы или раны

4. Анатомически при этом заболевании характерно:

- А. Выходит через медиальную паховую ямку
- Б. Проходит через паховый канал
- В. Расположено кнутри от элементов семенного канатика
- Г. Проходит через бедренное кольцо
- Д. Задняя стенка пахового канала хорошо выражена
- Е. Выходит через латеральную паховую ямку

5. Это образование является скользящей паховой грыжей, если:

- А. Одной из стенок грыжевого мешка является мочевого пузырь
- Б. Грыжевой мешок представлен париетальной брюшиной

- В. Влагалищный отросток брюшины остался частично не зарощенным
 - Г. На дне грыжевого мешка лежит яичко
 - Д. Одной из стенок грыжевого мешка является слепая кишка
6. Это образование может быть врожденной паховой грыжей, если:
- А. Спускается в мошонку
 - Б. Влагалищный отросток брюшины зарощен
 - В. Идет по ходу семенного канатика
 - Г. На дне грыжевого мешка лежит яичко
 - Д. Шейка грыжевого мешка расположена в области пахового промежутка
 - Е. Грыжевой мешок выходит из под паховой связки
7. Клиническими особенностями заболевания являются:
- А. Чаще бывает у стариков
 - Б. Образование чаще одностороннее
 - В. Форма выпячивания овоидная
 - Г. Нижняя надчревная артерия расположена медиальнее
 - Д. Симптом "блока" отрицателен
 - Е. При диафаноскопии содержимое пропускает световые лучи
3. Периодически имеется отек яичка
8. Лечение больного заключается в:
- А. Операции Винкельмана
 - Б. Ношении бондажа
 - В. Удалении липомы
 - Г. Грыжесечении с пластикой по Бассини
 - Д. Перевязка вен семенного канатика
 - Е. Грыжесечении с пластикой по Жирару- Спасокукоцкому - Кимбаровскому
 - З. Грыжесечении с пластикой по Руджи-Парлавеччио
 - И. Операции по Шолдайсу

5. Больная 55 лет, повышенного питания поступила в хирургический стационар с жалобами на наличие болезненного опухолевидного образования в левой паховой области, тошноту, неотхождение стула и газов, периодические схваткообразные боли по всему животу. Из анамнеза известно, что за 5 часов до поступления после физической нагрузки внезапно появилось опухолевидное выпячивание и боли в левой паховой области. Ранее периодически замечала появление опу-

холеводного выпячивания после физической нагрузки. При пальпации определяется резкая болезненность в области выпячивания, напряжение и неправимость. Анатомически условная линия, соединяющая *spina iliaca anterior superior* и *tuberculum pubicum*, находится выше пальпируемого образования. Операций на органах брюшной полости ранее не проводилось.

1. Ваш диагноз?

- А. Паховый лимфаденит
- Б. Бедренный лимфаденит
- В. Гидроцеле
- Г. Невправимая косая паховая грыжа
- Д. Невправимая прямая паховая грыжа
- Е. Невправимая бедренная грыжа
- З. Ущемленная паховая грыжа
- И. Ущемленная бедренная грыжа
- К. Воспаление паховой грыжи
- Л. Воспаление и тромбоз варикозного узла

2. В клинике этого заболевания имеют место:

- А. Перитонит
- Б. Обтурационная кишечная непроходимость
- В. Странгуляционная кишечная непроходимость
- Г. Копростаз
- Д. Воспаление лимфоузла
- Е. Ущемление Рихтера-Литтре
- З. Воспаление варикозного узла
- И. Бубоны

3. Болевой синдром при этом заболевании обусловлен:

- А. Воспалением лимфоузла
- Б. Ущемлением сальника
- В. Пристеночным ущемлением кишки
- Г. Обтурацией кишки и непроходимостью
- Д. Спаечным процессом в брюшной полости
- Е. Странгуляционной кишечной непроходимостью
- З. Распространенным перитонитом
- И. Воспалением грыжи
- К. Явлениями копростаза
- Л. Острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости

4. Тактика врача приемного покоя:
 - А. Наблюдение в течение 2-3 часов в приемном покое
 - Б. Вправить образование
 - В. Госпитализировать больную для динамического наблюдения
 - Г. Срочно госпитализировать и оперировать в течение 1-2 часов
 - Д. Госпитализировать, назначить антибиотики и противовоспалительное лечение, вправить под наркозом

5. Осложнениями этого заболевания могут быть:
 - А. Перитонит
 - Б. Разрыв сосудов брыжейки
 - В. Нагноение лимфоузла
 - Г. Грыжевая флегмона
 - Д. Илеофemorальный тромбоз
 - Е. Тромбофлебит подкожных вен нижней конечности
 - З. Мезотромбоз

6. В лечении данного заболевания применяются следующие методы:
 - А. Противовоспалительная терапия, антибиотики
 - Б. Антибиотики, антикоагулянты, тромболитики, дезагреганты
 - В. Грыжесечение и укрепление задней стенки пахового канала
 - Г. Грыжесечение, укрепление задней стенки пахового канала и сужение наружного отверстия пахового канала
 - Д. Паховая лимфоденэктомия
 - Е. Венэктомия по Троянову-Бэбкоку-Нарату
 - Ж. Грыжесечение, определение жизнеспособности кишки, пластика по Жирау-Спасокукоцкому
 - З. Грыжесечение, определение жизнеспособности кишки, пластика по Парлавецчио
 - И. Срединная лапаротомия, резекция кишки, рассечение и дренирование флегмоны.

Тестовый контроль знаний

В вопросах 1 - 14 выберите наиболее правильный ответ (ответы):

1. Что НЕВЕРНО в представленных утверждениях?
 - А. Паховые грыжи у детей, как правило, двухсторонние
 - Б. У детей паховые грыжи чаще косые
 - С. Ложное ущемление и копростаз - синонимы

- Д. В пожилом и старческом возрасте у мужчин возрастает число прямых паховых грыж
- Е. Бедренные грыжи чаще возникают у женщин

2. Какие грыжи наиболее часто встречаются у мужчин?

- А. Послеоперационные
- В. Пупочные
- С. Паховые
- Д. Бедренные
- Е. Грыжи белой линии живота

3. К предрасполагающим факторам, способствующим образованию грыжи, относятся все КРОМЕ:

- А. Наследственность
- В. Возраст
- С. Пол
- Д. Перенесенные операции на органах брюшной полости
- Е. Трудные роды

4. К производящим факторам в этиологии грыж не относится

- А. Тяжелый физический труд
- В. Длительный кашель
- С. Особенности строения таза
- Д. Запоры
- Е. Затрудненное мочеиспускание

5. Что НЕВЕРНО в приведенных утверждениях?

- А. Внутреннее кольцо пахового канала находится напротив наружного пахового кольца
- В. Наружное паховое кольцо находится напротив внутренней паховой ямки
- С. Поперечная фасция образует общую влагалищную оболочку семенного канатика
- Д. В образовании наружного пахового кольца принимает участие связка Гессельбаха
- Е. В паховом канале проходит семенной канатик у мужчин и круглая связка у женщин

6. Что НЕВЕРНО в приведенных утверждениях ?

- А. Врожденная паховая грыжа всегда является косой паховой грыжей

- В. Появление врожденной паховой грыжи связано с незаращением влагалищного отростка брюшины
- С. Влагалищный отросток брюшины является грыжевым мешком врожденной грыжи
- Д. Грыжевой мешок при врожденной паховой грыже не связан с яичком
- Е. Врожденные паховые грыжи следует оперировать не позднее трехлетнего возраста

7. Что НЕВЕРНО в приведенных утверждениях?

- А. Бедренные грыжи чаще встречаются у женщин
- В. Бедренные грыжи редко бывают у мужчин
- С. Бедренные грыжи не имеют грыжевого мешка
- Д. При скользящих грыжах мочевого пузыря могут быть дизурические явления
- Е. В нормальных условиях бедренный канал не существует

8. Что НЕВЕРНО в приведенных утверждениях, характеризующих копростаз?

- А. Возникает медленно, постепенно
- В. Грыжевое выпячивание мало болезненно
- С. Наблюдается чаще при врожденных грыжах
- Д. Грыжевое выпячивание слабо напряжено, тестообразной консистенции
- Е. Копростаз может перейти в каловую форму ущемления грыжи

9. Укажите ошибочный этап операции при ущемленной грыже:

- А. Послойное рассечение тканей до апоневроза
- В. Рассечение грыжевых ворот и выделение грыжевого мешка
- С. Вскрытие грыжевого мешка и рассечение грыжевых ворот
- Д. Иссечение грыжевого мешка
- Е. Пластика грыжевых ворот

10. Для косой паховой грыжи характерно все КРОМЕ:

- А. Грыжевое выпячивание имеет овоидную форму
- В. Содержимое грыжи может опускаться в мошонку
- С. Грыжа выходит через медиальную паховую ямку
- Д. У женщин спускается в большую половую губу
- Е. Может быть врожденной

11. Ущемленную бедренную грыжу следует дифференцировать с перечисленными заболеваниями КРОМЕ:

- А. Ущемленной паховой грыжи
- В. Острого пахового или бедренного лимфаденита
- С. Тромбофлебита области сафенобедренного анастомоза
- Д. Невправимой бедренной грыжи
- Е. Тромбофлебита v. saphena parva

12. Для прямой паховой грыжи характерны все признаки КРОМЕ:

- А. Грыжевое выпячивание имеет шаровидную форму
- В. Грыжа часто бывает двухсторонней
- С. Грыжа выходит через медиальную паховую ямку
- Д. Грыжевой мешок располагается кнутри от семенного канатика
- Е. Положительный симптом блока

13. К какому виду кишечной непроходимости приводит ущемленная грыжа с ретроградным ущемлением кишки?

- А. Спастической
- В. Паралитической
- С. Обтурационной
- Д. Странгуляционной
- Е. Смешанной

14. К элементам наружной грыжи живота относится все КРОМЕ:

- А. Грыжевых ворот
- В. Грыжевого мешка
- С. Содержимого грыжи
- Д. Оболочек грыжи

В вопросах 15 - 26 характеризующих клинические и анатомические признаки паховых грыж, подберите ответы, к какому виду грыж они относятся ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|-----------------------------|
| 15. Двухсторонняя, чаще у людей пожилого возраста | А. Косая паховая грыжа |
| 16. Грыжа развивается при слабости задней стенки пахового канала | В. Прямая паховая грыжа |
| 17. Может быть врожденной и приобретенной | С. А + В + Д |
| 18. Как правило, не опускается в мошонку | Д. Ущемленная паховая грыжа |
| | Е. Бедренная грыжа |
| | Ф. Послеоперационная грыжа |

- | | |
|---|----------------------------|
| 19. Грыжевой мешок пальпируется медиальнее элементов семенного канатика | G. Грыжа спигелиевой линии |
| 20. Выраженный болевой синдром | I. С + Д |
| 21. Положительный симптом блока | H. Все кроме Д |
| 22. Положительный кашлевой толчок | |
| 23. Грыжевой мешок выходит через наружное отверстие пахового канала | |
| 24. Исчезает кашлевой толчок | |
| 25. Тугоэластическая консистенция грыжевого выпячивания | |
| 26. Осложняется грыжевой флегмоной | |

В вопросах 27 - 32 перечислены особенности течения грыжи и сопутствующая патология у различных больных. Выберите наиболее подходящие методы лечения для каждого случая ("вопрос-ответ"):

- | вопрос | ответ |
|---|-------------------------------------|
| 27. Паховая грыжа у 40-летнего мужчины без сопутствующей патологии | A. Герниотомия в плановом порядке |
| 28. Пупочная грыжа у 6-месячного ребенка | B. Герниотомия в экстренном порядке |
| 29. Больной 80 лет с сердечной недостаточностью и клинкой ущемленной грыжи | C. Ношение бандажа |
| 30. Больной 70 лет с вправимой паховой грыжей и декомпенсированной дыхательной недостаточностью | D. Применение повязок с пелотом |
| 31. Больной 50 лет с невправимой пупочной грыжей без сопутствующей патологии | E. Лапаротомия |
| 32. Больной с признаками ложного ущемления | |

В вопросах 33 - 44 указаны клинические симптомы паховых грыж. Укажите для какой из грыж они характерны ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---|-------------------------|
| 33. Проходит через наружную паховую ямку | А. Косая паховая грыжа |
| 34. Проходит через медиальную паховую ямку | В. Прямая паховая грыжа |
| 35. Овоидная форма, по ходу пахового канала | |
| 36. Шаровидная форма, часто двухстороннее расположение | |
| 37. Часто опускается в мошонку | |
| 38. Бывает врожденной | |
| 39. Чаше бывает у пожилых людей | |
| 40. Грыжевой мешок расположен кнутри от семенного канатика | |
| 41. Положительный симптом блока | |
| 42. Грыжевой мешок расположен латерально среди элементов семенного канатика | |
| 43. Грыжевой мешок покрыт поперечной фасцией | |
| 44. При операции необходимо укрепление задней стенки пахового канала | |

В вопросах 45 - 49 описаны способы укрепления стенок пахового канала. Укажите, какой операции они соответствуют ("вопрос-ответ");

| вопрос | ответ |
|---|--|
| 45. Укрепление задней стенки пахового канала подшиванием внутренней косой и поперечной мышц вместе с f. transverse к паховой связке | А. Жирара В. Спасокукоцкого С. Хаккенбрука Д. Бассини |
| 46. Укрепление передней стенки пахового канала путем раздельного подшивания внутренней косой и поперечной мышц, а затем апоневроза наружной косой мышцы к пупартовой связке | Е. Постемского F. Lichtenstein J. Шолдайсу |
| 47. Та же методика, но с одновременным подшиванием внутренней косой, поперечной мышц и медиального лоскута апоневроза наружной косой мышцы к пупартовой связке | |
| 48. Укрепление задней стенки пахового канала внутренней косой, поперечной | |

- мышцами и дубликатурой апоневроза наружной косой мышцы
49. Укрепление задней стенки пахового канала внутренней косой, поперечной мышцами и медиальным лоскутом апоневроза наружной косой мышцы
 50. Грыжевой мешок не иссекается, а погружается в брюшную полость, задняя стенка укрепляется созданием дубликатуры поперечной фасции
 51. Грыжевой мешок вскрывается и ушивается или погружается под f.transversa. Задняя стенка укрепляется полипропиленовой сеткой, раскроенной в виде «ласточкиного хвоста»

В вопросах 52 - 56 перечислены симптомы заболеваний. Укажите какой грыже они соответствуют ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|--------------------|
| 52. Симптом "кашлевого толчка" | А. Паховая грыжа |
| 53. Грыжа располагается ниже пупартовой связки | В. Бедренная грыжа |
| 54. Симптом "блока" | С. А+В |
| 55. Имеется расширение наружного пахового кольца | |
| 56. Чаще у женщин | |

В вопросах 57 - 63 приведены методы пластики грыжевых ворот. Укажите, какой операции они соответствуют ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---|------------------------|
| 57. Дубликатура апоневроза белой линии живота в поперечном направлении | А. Бассини |
| 58. Дубликатура апоневроза белой линии живота в продольном направлении | В. Руджи – Парлавеччио |
| 59. Сшивание паховой и купперовой связок из бедренного доступа | С. Лексера |
| 60. Сшивание внутренней косой, поперечной мышц и верхнего края поперечной фасции с лонной и паховой | Д. Мейо |
| | Е. Сапежко |
| | Ф. Лихтенштейна |

связками из пахового доступа

- 61. Ушивание пупочного кольца кисетным швом
- 62. Пластика пропиленовой сеткой «onlay»
- 63. Пластика пропиленовой сеткой «inlay»

В вопросах 64 – 67 приведены симптомы заболеваний. Укажите, какому из заболеваний они соответствуют ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|--|
| 64. Кожа над выпячиванием истончена синего цвета | А. Бедренная грыжа |
| 65. Положительный симптом "кашлевого толчка" в области овальной ямки бедра | В. Варикозный узел в области овальной ямки |
| 66. Положительная проба Шварца | С. А+В |
| 67. Отрицательный симптом "блока" | |

В вопросах 67 - 74 приведены симптомы и методы лечения осложнений грыж. Укажите, какому из осложнений они соответствуют ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|-------------------------------|
| 67. Возникает медленно, постепенно | А. Ущемление грыжи |
| 68. "Кашлевой толчок" определяется | В. Копростаз в грыжевом мешке |
| 69. Грыжевое выпячивание резко болезненное и напряжено | С. Ложное ущемление |
| 70. Схваткообразные боли в животе | Д. В + С |
| 71. Допустимо применение гипертонических или повторных сифонных клизм | |
| 72. Появление перитонеальных симптомов в правой половине живота, а затем болезненности при пальпации в области грыжевого выпячивания | |
| 73. Оперативное лечение начинается с лапаротомии | |
| 74. Усиленная перистальтика и урчание в грыжевом мешке | |

В вопросах 75 - 82 приведены симптомы осложнений грыж. Подберите, к какому из осложнений они относятся ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---|----------------------|
| 75. Возникает постепенно | А. Копростаз |
| 76. Появляется внезапно | В. Эластическое |
| 77. Грыжевое выпячивание значительно напряжено, болезненное | ущемление |
| 78. "Кашлевой толчок" определяется | С. А+В |
| 79. На УЗИ жидкость в грыжевом мешке | Д. Грыжевая флегмона |
| 80. На вторые сутки после резких болей в области грыжи появилась гиперемия кожи, отек, распространяющиеся на окружающие ткани | Е. В + Д |
| 81. Невправимость грыжевого выпячивания возникла остро | |
| 82. Развивается на фоне длительного существования неврправимой грыжи больших размеров | |

В вопросах 83 – 124 выберите наилучшую комбинацию ответов по схеме:

| А | В | С | Д | Е |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| если верно только | если верно только | если верно только | если верно только | если все правильно |
| 1,2,3 | 1,3 | 2,4 | 4 | |

83. Стенкой грыжевого мешка при скользящей грыже могут быть:

1. Мочевой пузырь
2. Восходящая ободочная кишка
3. Нисходящая ободочная кишка
4. Поперечно-ободочная кишка

84. По механизму возникновения ущемление грыжи может быть:

1. Эластическое
2. Пристеночное
3. Каловое
4. Ретроградное

85. К осложнениям грыжи относятся:

1. Ущемление
2. Воспаление
3. Копростаз
4. Невправимость

86. При пластике передней стенки пахового канала при косой паховой грыже применяются способы:

1. Жирара-Спасокукоцкого
2. Бассини
3. Шолдайса
4. Постемпского

87. Заднюю стенку пахового канала при прямой паховой грыже укрепляют способами:

1. Хаккенбруха
2. Бассини
3. Шолдайса
4. Руджи-Парлавеччио

88. В хирургическом лечении прямых паховых грыж применяют следующие методы пластики:

1. Укрепление передней стенки пахового канала
2. Удвоение апоневроза наружной косой мышцы живота
3. Сужение наружного отверстия пахового канала
4. Укрепление задней стенки пахового канала

89. При ущемленной грыже наблюдаются следующие симптомы:

1. Невправимость выпячивания
2. Отрицательный симптом "кашлевого толчка"
3. Боль в месте выпячивания
4. Схваткообразная боль в животе на фоне постоянной болезненности в области грыжевого выпячивания

90. Элементами грыжи живота являются:

1. Грыжевые ворота
2. Грыжевой мешок
3. Грыжевое содержимое
4. Кожный покров

91. Грыжевые ворота наблюдаются в области
1. Полулунной линии
 2. Белой линии живота
 3. Запирательного отверстия
 4. Треугольника Пти
92. На передней брюшной стенке наружные грыжи могут выходить через:
1. Пупочное кольцо
 2. Мечевидный отросток
 3. Паховый канал
 4. Бедренный канал
93. В грыжевом мешке различают:
1. Шейку
 2. Тело
 3. Дно
 4. Основание
94. Содержимым грыжевого мешка могут быть:
1. Большой сальник
 2. Тонкая кишка
 3. Желудок
 4. Поджелудочная железа
95. По происхождению различают следующие грыжи:
1. Врожденные
 2. Вправимые
 3. Приобретенные
 4. Невправимые
96. По клиническому течению различают грыжи:
1. Вправимые
 2. Невправимые
 3. Ущемленные
 4. Послеоперационные
97. Какие грыжи встречаются у женщин чаще, чем у мужчин ?
1. Паховые
 2. Бедренные
 3. Белой линии живота
 4. Пупочные

98. Какие грыжи встречаются чаще всего у мужчин ?

1. Послеоперационные
2. Пупочные
3. Бедренные
4. Паховые

99. Исследование местного статуса при наличии грыжи включает:

1. Осмотр выпячивания в горизонтальном и вертикальном положении больного
2. Пальпацию грыжи
3. Перкуссию грыжи
4. Определение грыжевых ворот и "кашлевого толчка"

100. Операция при неосложненной грыже состоит из следующих этапов:

1. Рассечение тканей над грыжевым выпячиванием и грыжевых ворот
2. Выделение и рассечение грыжевого мешка
3. Вправление грыжевого содержимого, иссечение грыжевого мешка и ушивание его шейки
4. Пластика грыжевых ворот

101. Стенками пахового канала являются:

1. Передняя - апоневроз наружной косой мышцы живота
2. Задняя - поперечная фасция живота
3. Нижняя - пупартова связка
4. Верхняя - мышца, поднимающая яичко

102. Элементами семенного канатика являются:

1. D. deferens
2. M. cremaster
3. A. et v. testicularis
4. A. et v. epigastrica inferior

103. Паховую грыжу необходимо дифференцировать от следующих заболеваний:

1. Варикоцеле
2. Фуникулоцеле
3. Гидроцеле
4. Ректоцеле

104. Стенками бедренного канала являются:
1. Снутри - бедренная вена
 2. Снаружи - бедренная артерия
 3. Сверху - а. epigastria inf.
 4. Снизу - связка Купера
105. Бедренную грыжу необходимо дифференцировать с
1. Липомой скарповского треугольника
 2. Паховой грыжей
 3. Лимфаденитом
 4. Варикозным расширением устья большой подкожной вены
106. Операции по укреплению задней стенки пахового канала:
1. Жирара
 2. Бассини
 3. Кимбаровского
 4. Шолдайса
107. Операции, при которых укрепляется только передняя стенка пахового канала:
1. Бассини
 2. Спасокукоцкого
 3. Кукуджанова
 4. Жирара
108. Операции, выполняемые при бедренных грыжах:
1. Руджи
 2. Бассини
 3. Парловеччио
 4. Мейо
109. Укажите операции, применяемые при пупочных грыжах:
1. Лексера
 2. Мейо
 3. Сапежко
 4. Бассини
110. Укажите осложнения наружных грыж живота:
1. Ущемление
 2. Копростаз
 3. Воспаление
 4. Грыжевая флегмона

111. По механизму возникновения различают следующие виды ущемления грыж:

1. Эластическое
2. Каловое
3. Смешанное
4. Пристеночное

112. Ранние клинические признаки ущемления грыжи:

1. Боль в области грыжи
2. Отрицательный "кашлевой толчок"
3. Невправимость грыжи
4. Гиперемия кожи над грыжей

113. Местные признаки ущемленной грыжи:

1. Грыжевое выпячивание резко болезненно при пальпации
2. Положительный симптом "кашлевого толчка"
3. При перкуссии грыжевого выпячивания - притупление
4. Симптом "блока" положительный

114. Факторы, способствующие эластическому ущемлению грыжи:

1. Резкая физическая нагрузка
2. Кашель
3. Внезапное повышение внутрибрюшного давления
4. Грыжевые ворота большого диаметра

115. При ущемлении тонкой кишки в грыжевых воротах определяются следующие симптомы:

1. Кроме постоянной боли появляется схваткообразная боль в животе
2. Рефлекторная рвота
3. Усиление перистальтических шумов кишечника в первый период заболевания
4. Задержка стула и газов

116. Факторы, способствующие появлению копростазы у больных грыжей:

1. Невправимость грыжи
2. Малоподвижный образ жизни
3. Грыжи очень больших размеров
4. Прием слабительных

117. Критериями жизнеспособности кишки при ущемленной грыже являются:

1. Розовый цвет кишки
2. Пульсация сосудов брыжейки
3. Перистальтика
4. Наличие наложений фибрина на кишечной стенке

118. При нежизнеспособности ущемленной кишки производят ее резекцию в следующем объеме:

1. От видимой границы некроза нужно резецировать не менее 30 - 40 см приводящего отрезка кишки
2. От видимой границы некроза удалить 10-15 см приводящего отрезка кишки
3. От видимой границы некроза необходимо резецировать 10-15 см отводящего отрезка кишки
4. От видимой границы некроза необходимо резецировать 30-40 см отводящего отрезка кишки

119. При ущемленной грыже, осложненной грыжевой флегмоной, оперативное вмешательство включает:

1. Срединную лапаротомию для изоляции брюшной полости от грыжевого мешка и проведение резекции нежизнеспособного органа
2. Рассечение грыжевой флегмоны
3. Дренирование гнойного очага
4. Пластику грыжевых ворот

120. При самостоятельно вправившейся ущемленной грыже, врач должен:

1. Направить больного в поликлинику для решения вопроса об операции в плановом порядке
2. Экстренно оперировать больного через срединный лапаротомный доступ
3. Отпустить больного домой с определенными рекомендациями
4. Госпитализировать в хирургическое отделение для динамического наблюдения, не забывая о лапароскопии

121. Больному с самостоятельно вправившейся ущемленной грыжей при наличии симптомов перитонита показано:

1. Динамическое наблюдение дежурного хирурга
2. Интенсивная противовоспалительная терапия

3. R-скопия с последующим пассажем бария
4. Экстренная лапаротомия

122. Насильственное вправление ущемленной грыжи может привести к развитию следующих осложнений:

1. Отрыву грыжевого мешка с ущемляющим кольцом
2. Внутреннему кровотечению
3. Разрыву кишки и ее брыжейки
4. Перитониту

123. Мнимое вправление ущемленной грыжи при насильственном ее вправлении может быть обусловлено:

1. Отрывом париетальной брюшины в области шейки грыжевого мешка
2. Погружением ущемленной кишки вместе с ущемляющим кольцом в брюшную полость
3. Погружением ущемленной кишки вместе с ущемляющим кольцом в предбрюшинное пространство
4. Уменьшением экссудата в грыжевом мешке или содержимого в кишечной петле

124. Причиной возникновения воспаления грыжи может быть:

1. Инфицирование грыжевого мешка из брюшной полости
2. Паховый лимфаденит
3. Воспалительные процессы на коже
4. Острый цистит

В вопросах 125 - 145 определите верно или неверно каждое из двух утверждений, далее определите верна или нет причинная взаимосвязь между ними:

| Ответ | Утверждение 1 | Утверждение 2 | Взаимосвязь между 1 и 2 утверждениями |
|-------|---------------|---------------|--|
| А | верно | верно | верна |
| В | верно | верно | неверна |
| С | верно | неверно | неверна |
| Д | неверно | верно | неверна |
| Е | неверно | неверно | неверна |

125. При свободной прямой паховой грыже симптом "кашлевого толчка" отрицательный (утверждение 1),

потому что
прямая паховая грыжа проходит в паховом канале (утверждение 2).

126. При ущемлении в грыжевых воротах кишечной петли нарушение кровообращения всегда больше выражено в приводящей петле (утверждение 1),

потому что
приводящий отрезок кишки перерастягивается застойным кишечным содержимым, и в нем наблюдаются расстройства микроциркуляции (утверждение 2).

127. При ущемленной грыже, осложненной грыжевой флегмоной, пластика грыжевых ворот не отличается от таковой при неосложненной грыже (утверждение 1),

потому что
пластика грыжевых ворот является этапом грыжесечения (утверждение 2)

128. Больного с ущемленной грыжей лучше оперировать через 2-5 часов после поступления (утверждение 1),

потому что
тщательная предоперационная подготовка уменьшает риск операции (утверждение 2).

129. Невправимую пупочную грыжу следует дифференцировать от метастаза рака в пупок (утверждение 1),

потому что
метастатическое поражение пупка часто встречается при раке желудка (утверждение 2).

130. Пупочную грыжу у детей можно лечить консервативно (утверждение 1),

потому что
применение пелотов у них способствует облитерации ворот грыжевого мешка (утверждение 2).

131. При ущемленной грыже показано экстренное оперативное лечение (утверждение 1),

потому что
при ущемленной грыже возможно развитие перитонита (утверждение 2)

132. Грыжевой мешок наружной грыжи живота представляет собой выпячивание висцеральной брюшины (утверждение 1),
потому что
висцеральная брюшина покрывает органы брюшной полости (утверждение 2).

133. Бедренная грыжа часто встречается у женщин (утверждение 1),
потому что
размер бедренного кольца у женщин зависит от особенностей впадения v.saphena magna в бедренную вену (утверждение 2).

134. Скользящая грыжа - это грыжа, в которой одной из стенок грыжевого мешка является орган, расположенный мезоперитонеально (утверждение 1),
потому что
с париетальной брюшиной грыжевого мешка "соскальзывает" и часть органа, покрытого висцеральной брюшиной с трех сторон (утверждение 2).

135. Для дифференциальной диагностики паховоомошоночной грыжи и водянки яичка применяется диафаноскопия (утверждение 1),
потому что
диафаноскопия позволяет отличить жидкость в водянке от кишечника или сальника в грыжевом мешке (утверждение 2).

136. Больным с пупочной грыжей и грыжей белой линии живота рекомендуется проводить рентгенологическое или эндоскопическое исследование желудка (утверждение 1),
потому что
исследование желудка позволяет исключить его заболевания, которым часто сопутствуют эти грыжи (утверждение 2).

137. При ущемленной грыже может наблюдаться усиленная перистальтика кишечника (утверждение 1),
потому что
ущемленная грыжа может осложняться перитонитом (утверждение 2).

138. Диагностика пристеночного ущемления кишки наиболее сложна (утверждение 1),

потому что

при этом виде ущемления может отсутствовать выраженный болевой синдром и явления илеуса (утверждение 2).

139. При ретроградном ущемлении тонкой кишки должна быть оценена жизнеспособность связующей петли, находящейся в брюшной полости (утверждение 1),

потому что

повреждению подвергаются в большей степени связующие петли кишечника, находящиеся в брюшной полости (утверждение 2).

140. Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать от тромбоза узла у места впадения большой подкожной вены в бедренную (утверждение 1),

потому что

при тромбозе венозного узла, как и при ущемленной бедренной грыже, определяется болезненное уплотнение под пупартовой связкой (утверждение 2).

141. Острое хирургическое заболевание органов брюшной полости у больного с грыжей может быть принято за ущемление грыжи (утверждение 1),

потому что

экссудат брюшной полости, попадая в грыжевой мешок может вызывать в нем воспаление (ложное ущемление) (утверждение 2).

142. При наличии у больного сердечной недостаточности следует отказаться от экстренной операции при ущемлении грыжи (утверждение 1),

потому что

риск операции грыжесечения при наличии сердечной недостаточности возрастает (утверждение 2).

143. При ущемлении бедренной грыжи рассекают латеральную стенку ущемляющего кольца (утверждение 1),

потому что

бедренная вена проходит медиальнее артерии (утверждение 2).

144. При длительном течении, травматизации грыжевого содержимого грыжа может стать неправимой (утверждение 1),
потому что
при длительном грыженосительстве развиваются сращения между грыжевым мешком и окружающими тканями (утверждение 2).

145. При неврпавимых грыжах рекомендуется ношение бандажа (утверждение 1),
потому что
неврпавимые грыжи часто наблюдаются при длительном существовании грыжи (утверждение 2).

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Что такое грыжа живота? Назовите наиболее частые места выхода брюшных грыж.
2. Перечислите элементы грыжи живота.
3. Какая причина возникновения грыж? Предрасполагающие и производящие факторы, патогенез.
4. В чем заключается анатомическая особенность скользящих грыж? Какие органы чаще всего участвуют в образовании скользящих грыж?
5. Как разделяются брюшные грыжи по происхождению? Какое различие между врожденными (*herniae congenitalis*) и приобретенными (*herniae acquisita*) грыжами?
6. Назовите формы клинического течения наружных грыж живота.
7. Объясните возникновение неврпавимой грыжи живота.
8. Назовите основные симптомы неосложненных наружных грыж живота.
9. Назовите стенки пахового канала.
10. Объясните анатомическое различие между косыми и прямыми паховыми грыжами.
11. Какие клинические различия между этими формами грыж?
12. Объясните механизм возникновения врожденных паховых грыж.
13. Из каких этапов складывается операция грыжесечение?
14. Какая стенка пахового канала укрепляется при косых паховых грыжах?

15. Пластика какой стенки пахового канала производится при прямых паховых грыжах?
16. Назовите методы пластики передней стенки пахового канала.
17. Назовите особенности операции при врожденной паховой грыже.
18. Расскажите и схематически изобразите анатомию бедренного канала. Что такое "корона смерти"?
19. У кого и в каком возрасте чаще встречаются бедренные грыжи?
20. Назовите симптомы бедренной грыжи?
21. Назовите основные заболевания, с которыми необходимо дифференцировать бедренную грыжу. Проведите дифференциальную диагностику между бедренной грыжей и хроническим лимфаденитом в области скарповского треугольника.
22. Какие два доступа применяются при оперативном лечении бедренных грыж?
23. Объясните способ операции по Бассини, Руджи и Парлавеччио при бедренных грыжах.
24. Объясните механизм возникновения грыжевых ворот при грыжах белой линии живота.
25. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать грыжу белой линии живота?
26. Почему больному с грыжей белой линии живота перед операцией необходимо провести обследование желудка?
27. Какие операции применяются при лечении грыж белой линии живота?
28. Как образуется пупочное кольцо?
29. Почему пупочные грыжи часто бывают невосправляемыми?
30. Изобразите схематически принцип операций Лексера, Сапежко и Мейо при пупочных грыжах.
31. Назовите основные причины образования послеоперационных грыж, назовите различие между эвентрацией и грыжей.
32. Назовите особенности предоперационной подготовки при больших послеоперационных грыжах.
33. Основные принципы хирургического лечения послеоперационных грыж?
34. Какая особенность оперативных вмешательств при скользящих грыжах? Какие могут быть осложнения в ходе операции?
35. Какие причины вызывают воспаление грыжи?
36. Какие виды ущемления по механизму развития Вы знаете?

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Кишечной непроходимостью называется такое состояние, когда затрудняется или полностью прекращается продвижение по кишечнику его содержимого. Она может вызываться нарушением двигательной функции, т. е. динамики кишки, либо механическим препятствием. Отсюда различают динамическую (функциональную) и механическую (анатомическую) непроходимость.

МКБ 10

| | |
|--------------|--|
| K56 | Паралитический илеус и непроходимость кишечника без грыжи |
| K56.0 | Паралитический илеус |
| K56.1 | Инвагинация |
| K56.2 | Заворот кишок |
| K56.3 | Илеус, вызванный желчным камнем |
| K56.4 | Другой вид закрытия просвета кишечника |
| K56.5 | Кишечные сращения [спайки] с непроходимостью |
| K56.6 | Другая и не уточненная кишечная непроходимость |
| K56.7 | Илеус не уточненный |
| C18.7 | Сигмовидной кишки |

Классификация острой кишечной непроходимости (ОКН)

I. По морфофункциональной природе:

1. Динамическая кишечная непроходимость:

- а) паралитическая непроходимость;
- б) спастическая непроходимость.

2. Механическая кишечная непроходимость:

- а) обтурационная;
- б) странгуляционная (ущемление, заворот, узлообразование);
- в) смешанные формы (спаечная непроходимость, инвагинация).

II. По уровню обструкции:

1. Тонкокишечная непроходимость:

- а) высокая;
- б) низкая.

2. Толстокишечная непроходимость.

Этиология

Среди причин, приводящих к развитию острой кишечной непроходимости, отмечают наличие предрасполагающих и производящих факторов заболевания.

К предрасполагающим факторам относятся врожденные пороки развития желудочно-кишечной трубки (врожденные щели в связках, брыжейке, дивертикул Меккеля, наличие карманов в брюшной полости), длинные брыжейки, наличие опухолей, паразитов (глисты), а также перенесенные ранее операции и заболевания, повлекшие за собой образование спаек в брюшной полости. К этой группе предрасполагающих моментов относится наличие свободных внутренних и наружных грыж.

Роль предрасполагающих факторов сводится к созданию избыточной подвижности, либо, наоборот, фиксации кишечных петель, вследствие чего пассаж кишечного содержимого может нарушаться.

К производящим факторам острой кишечной непроходимости относятся нейро-рефлекторные нарушения - спазм и усиление перистальтики (инвагинация), длительное голодание ("болезнь голодного человека" по С.И.Спасокукоцкому), обильная еда после периода воздержания, резкие изменения пищевого режима (заворот), подъем тяжестей (заворот, ущемление).

1. Динамическая кишечная непроходимость возникает в результате функциональных расстройств кишечника при отсутствии механического препятствия.

А) Паралитическая непроходимость может возникнуть при заболевании перитонитом, пневмонией, плевритом, при уремии, забрюшинной гематоме, после хирургических операций. Клинически паралитическая кишечная непроходимость характеризуется умеренной болью или полным ее отсутствием. Схваткообразных болей почти не наблюдается. Имеется стойкая задержка стула и отхождения газов. Позже присоединяется рвота. Живот равномерно умеренно вздут. Нет видимой на глаз перистальтики, не прослушиваются при аускультации живота перистальтические шумы кишечника. Рентгенологически определяется вздутие всего кишечника, содержащего много газа, чаши Клойбера небольших размеров в небольших количествах с нечеткими контурами.

После операции разрез кишечника возникает постоянно, однако если он продолжается свыше 2-3 суток после вмешательства, то это должно настораживать хирурга.

Лечение паралитической непроходимости: внутривенные вливания кристаллоидных растворов, эвакуация желудочного содержимого, инъекции прозерина, церукала или убретида, сифонные клизмы.

Б) Спастическая динамическая непроходимость встречается крайне редко.

Причинами ее могут быть:

- 1) раздражение кишечника грубой пищей, инородными телами, глистами;
- 2) интоксикация (свинец, никотин, аскаридный токсин);
- 3) заболевания нервной системы (истерия, невропатия).

Спастическая непроходимость характеризуется сильной схваткообразной болью по всему животу, беспокойным поведением больного. Часто наблюдается рвота. Задержка стула и газов непостоянные. Живот мягкий, втянут, при пальпации малоболезнен. Пульс не учащен. Рентгенологически картина не характерна. Приступ легко купируется после введения спазмолитиков.

II. Механическая кишечная непроходимость.

А) Обтурационная кишечная непроходимость.

К этой группе относятся те формы непроходимости, при которых наступает сужение или закрытие просвета кишки без вовлечения в процесс брыжейки. Такую непроходимость вызывают опухоли, спайки, клубок аскарид, каловые или желчные камни.



Рис. 66. Обтурация опухолью
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев,
1975)

Выделяют три механизма механической непроходимости кишечника.

1. Внутреннее препятствие в просвете.

Доброкачественные и злокачественные опухоли при своем росте ведут к сужению просвета кишки. По мере закрытия просвета кишки проходимость в этом месте затрудняется, в дальнейшем совсем прекращается, и возникает полная непроходимость. Чаще развивается при раках левой половины толстой кишки (рис. 66).

Закупорка кишки желчными камнями. Камни попадают в кишечник через желчно-кишечные свищи, развивающиеся при длительном течении желчнокаменной болезни.

Каловые камни. У людей, страдающих слабостью брюшной стенки, атонией кишок или спастическим колитом, может наступить длительный

кишечный стаз, вследствие чего в сигме или прямой кишке образуются большие плотные комки кала. Эти комки могут достигать большой плотности, вплоть до отложения в них извести (каловые камни). Такие каловые камни могут вызывать непроходимость кишечника. Во время пальцевого ректального исследования эти камни при давлении на них пальцем деформируются, чем отличаются от опухолей.

Аскаридная непроходимость (просвет кишки обтурируется клубком аскарид).

2. Сдавление из вне.

Спайки брюшной полости развиваются на месте язв кишечника, воспалительных процессов брюшной полости и после операций на брюшной полости. Рубцы и спайки брюшной полости могут быть причиной непроходимости, если они сдавливают или перегибают кишку и ведут к сужению ее просвета. Спаечная болезнь наиболее частая причина ОКН (75-80%).

Сдавление кишки. Опухоли и кисты, расположенные в брюшной полости или забрюшинно, могут сдавливать кишку извне и вызывать непроходимость ее.

3. Заболевание стенки кишки, при котором уменьшается просвет: воспалительные заболевания кишечника; фиброзная стриктура вследствие травмы, ишемии или облучения; инвагинация



Рис. 67. Уровни жидкости в тонкой кишке



Рис. 68. Обтурационная непроходимость в нижних отделах тонкой кишки

Б) Странгуляционная кишечная непроходимость. К этой группе относятся все формы кишечной непроходимости, где, кроме сужения просвета, имеются еще и расстройства кровообращения и иннервации кишки, вследствие сдавления кишки и её брыжейки спаечным рубцом или меккелевым дивертикулом, узлообразование, заворот, ущемление.

В) Смешанный вид ОКН - инвагинация и спаечная непроходимость. когда имеется сочетание обоих видов механической кишечной непроходимости

Заворот кишки (volvulus) - поворот кишки вокруг своей оси на 270° - 360° и больше. При этом наступает закрытие просвета кишки. Заворот бывает чаще сигмовидной кишки, реже - тонкой и слепой (рис. 69а). Завороту кишок способствует длинная брыжейка, хроническое воспаление брыжейки сигмовидной кишки (мезосигмоидит), спайки в области ее, упорные запоры, скопление кала в кишечнике, врожденная большая сигма и т.д.

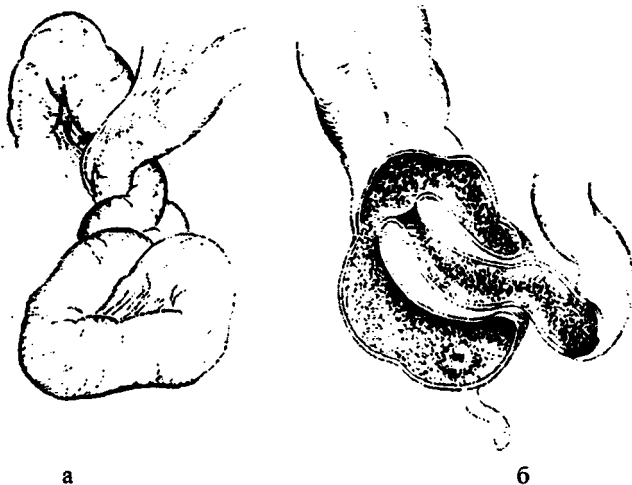


Рис. 69. Виды непроходимости:
а — заворот; б — инвагинация.
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев, 1975)

Ущемление петли кишки между спайками. Если петля кишки попадает под спаечный тяж, то сдавливаются в первую очередь отводящий конец ее, а приводящий конец в силу перистальтики, проталкивается под тяж все больше и больше. В некоторых случаях под спаечный тяж может зайти большая часть тонкой кишки.

Непроходимость, вызванная меккелевым дивертикулом. В некоторых случаях меккелев дивертикул своим концом прирастает к париетальной брюшине, к кишке или ее брыжейке. Петля кишки в этих случаях может попасть под меккелев дивертикул, ущемиться и вызвать непроходимость.

Узлообразование (nodulus) является наиболее тяжелой формой странгуляционной кишечной непроходимости. Это заболевание заключается в том, что две кишечные петли заворачиваются, захлестываются одна вокруг другой. При узлообразовании происходит сдавление сосудов брыжейки, что ведет к некрозу кишки (рис. 70).



Рис. 70. Узлообразование
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев, 1975)

Непроходимость на почве ущемления внутренних грыж. К этой группе непроходимости относятся ущемления в брюшных карманах вблизи начального отдела тощей кишки, слепой, сигмовидной, а также в диафрагмальных грыжах.

Диагностика внутренних ущемленных грыж чрезвычайно трудна, диагноз почти всегда устанавливается во время операции.

В) К смешанному типу острой кишечной непроходимости относится инвагинация (invaginatio). Под инвагинацией следует понимать внедрение одной кишки в другую (рис. 69б, 71, 72, 73). Чаще бывает у детей. Причиной инвагинации бывают опухоли, полипы, дивертикулы Меккеля, подвижная слепая кишка и др. В большинстве случаев инвагинация происходит по ходу перистальтики, но в редких случаях кишка внедряется ретроградно (нижележащий в вышележащий участок кишки).



Рис. 71. Подвздошно-ободочный инвагинат
(взято у Г.М.Щекотова)

В 90% тонкая кишка инвагинируется в толстую. С инвагинированной кишкой втягивается и сдавливается брыжейка с проходящими в ней нервами и сосудами, что ведет к некрозу стенки кишки.



Рис. 72. Тонкокишечный инвагинат
(взято у Г.М.Щекотова)

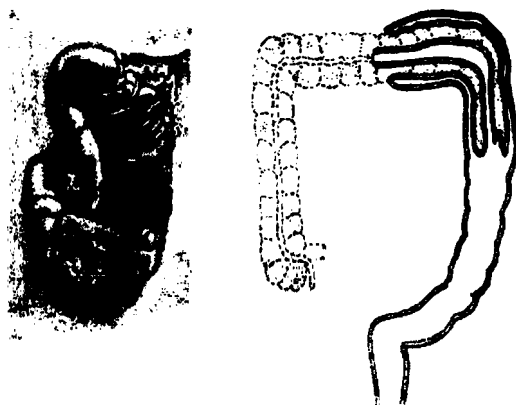


Рис. 73. Толстокишечный инвагинат (взято у Г.М.Щекотова)

К смешанным формам ОКН относится и спаечная непроходимость, в тех случаях, если наряду с обтурацией просвета кишечника имеется нарушение его кровообращения (рис. 74).

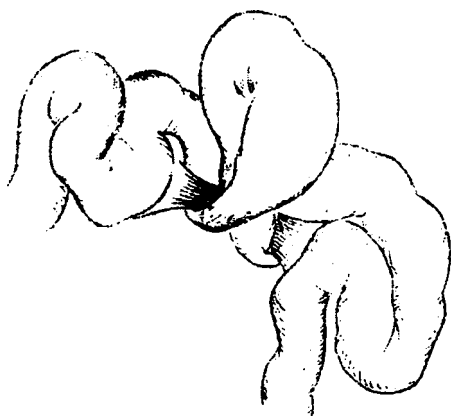


Рис. 74. Спаечная непроходимость
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев, 1975)

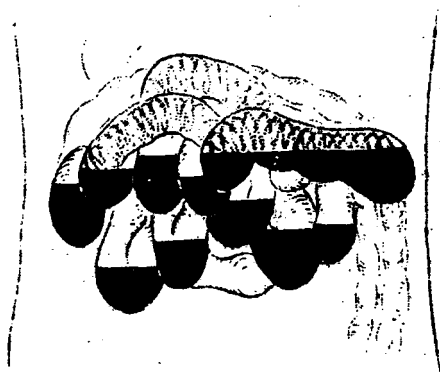


Рис. 75. Рентгеновская картина при непроходимости.
Чаши Клойбера и перистость растянутых петель тонкого кишечника (схема).

Патогенез острой кишечной непроходимости довольно хорошо изучен. При обоих видах непроходимости происходят значительные изменения водно-электролитного обмена, нарушения кругооборота пищеварительных соков, интоксикация и ряд расстройств, связанных с рефлекторными влияниями и развитием инфекции. Эти изменения зависят от вида непроходимости, уровня кишечной обструкции, времени течения заболевания. При обтурационной непроходимости происходит перерастяжение кишечника выше препятствия.

Содержимое кишечника при ОКН состоит из жидкости и газов. В начальном периоде непроходимости преобладают газы. Но с течением времени в просвете кишечника начинает преобладать жидкое содержимое, состоящее из пищеварительных соков, пищевых масс, которые быстро разлагаются. Кроме того, в просвет кишечника пропотевает жидкая часть крови (секвестрация жидкости в третьем пространстве).

Жидкость и газы вызывают перерастяжение и вздутие кишечника, что приводит к нарушению пристеночного кровообращения в кишке и атонии её. Жом привратника также парализован, и разложившееся тонкокишечное содержимое поступает в желудок, откуда оно извергается в виде рвоты. За сутки больной теряет 8-10 л (!) жидкости. Происходит стужение крови. Потеря электролитов натрия и калия ведет к высвобождению калия из клетки, где его место занимают ионы водорода. Развивается метаболический алкалоз и внутриклеточный ацидоз.

В раннем периоде (24 часа) при высокой обтурационной непроходимости:

- а) обезвоживание организма с преобладанием обезвоживания внеклеточного пространства;
- б) рост уровня гематокрита;
- в) уменьшение количества циркулирующей плазмы;
- г) нормальный уровень Na в плазме;
- д) пониженный уровень K в плазме;
- е) тенденция к алкалозу;
- ж) иногда повышение уровня мочевины.

Через 24 часа обезвоживание прогрессирует, развивается гиповолемия, снижается уровень Na, повышается K, ацидоз, рост мочевины. Развивается шок вследствие боли и гиповолемии на почве секвестрации жидкости в стенку и просвет кишечника.

Под влиянием перерастяжения стенки кишки, интоксикации нарушается проницаемость кишечной стенки - в брюшной полости скапливается экссудат, который быстро инфицируется - развивается перитонит.

При этом чем выше уровень непроходимости, тем быстрее развиваются расстройства водно-электролитного и кислотно-щелочного

состояния.

Кроме этих изменений в патогенезе ОКН большое значение имеет интоксикация. Эндотоксикоз носит многокомпонентный характер. Главным источником интоксикации при ОКН является кишечник. Роль его как источника интоксикации определяется:

- 1) нарушением барьерной функции кишечной стенки в связи с микроциркуляторными и гипоксическими ее изменениями;
- 2) угнетением факторов секреторного иммунитета в кишечнике;
- 3) развитием дисбактериоза за счет перемещения в проксимальные отделы кишечника несвойственной ей аллохтонной анаэробной микрофлоры и приобретения его патогенных свойств;
- 4) развитием симбионтного полостного пищеварения с включением в этот процесс ферментативной активности микроорганизмов, что ведет к неполному гидролизу белковых продуктов и образованию биологически активных полипептидов (средние молекулы). Нарушения барьерной функции кишечной стенки приводят к эндотоксикозу, который вначале компенсируется детоксикацией в печени, но по мере прогрессирования процесса принимает угрожающий характер.

Второй источник интоксикации - перитонит.

Дегенеративно-деструктивные процессы в клетках и тканях, возникающие под влиянием эндотоксикоза и гипоксии, сводятся к дестабилизации ультраструктурных мембран и нарушению окислительного фосфорилирования. При этом сами ткани становятся третьим источником интоксикации за счет активации каллекриин-кининовой системы и лизосомальных протеолитических ферментов.

При странгуляционной непроходимости течение указанных процессов ускоряется, а состояние больного усугубляется тем, что:

- 1) в странгулированной петле быстрее накапливается жидкость;
- 2) из-за сдавления сосудов и нервов брыжейки быстрее наступают расстройства кровообращения в кишечной стенке, ведущие к некрозу слизистой, а затем всей стенки кишки.

Возникающий некроз стенки кишки с самого начала процесса ведет к возникновению перитонита. симптомы которого являются первой и основной чертой, отличающей клинически оба типа непроходимости.

Клиника

Клинически все ее виды ОКН проявляются триадой симптомов, имеющих различное выражение и интенсивность. Это боли в животе, рвота и метеоризм с задержкой стула и отхождения газов.

Начало заболевания, как правило, острое. Начинается оно с болей в животе большей или меньшей интенсивности. Вначале боли носят схваткообразный характер. Интенсивность болей тем сильнее, чем выше непроходимость, при этом приступ болей бывает кратковременным (1-2 минуты), а светлый промежуток 2-4 минуты. При странгуляционной непроходимости боли бывают очень сильными без определенной локализации, нарастая до "нестерпимых" в период бурной перистальтики (илеусный крик), но по мере прогрессирования заболевания приступы болей становятся реже и боль становится постоянной.

Больной бледен, лицо его покрыто холодным липким потом. Во время схватки стонет, мечется от болей. Постепенно боли усиливаются и сопровождаются вздутием живота и слышной на расстоянии кишечной перистальтикой, которая по времени совпадает с максимумом болей в животе.

Одновременно у больных отмечается тошнота, отрыжка и рвота. Последняя по мере развития процесса становится все более обильной. Сначала рвотные массы представляют собой желудочное содержимое, затем желчь и, наконец, тонкокишечное содержимое с гнилостным запахом (в литературе иногда неправильно характеризуют как "каловая рвота"). При странгуляции, высокой непроходимости и при улообразовании рвота может быть непрерывной и быстро приводит к обезвоживанию больного и глубокой интоксикации (гиповолемический шок). При obturационной низкой тонкокишечной и толстокишечной непроходимости рвота наблюдается реже, нарушение общего состояния больного наступает медленнее.

Метеоризм, вздутие живота - обязательный признак ОКН. Однако при высокой непроходимости, а также иногда при инвагинации заметное вздутие живота отсутствует. Заворот, улообразование обычно сопровождаются неравномерным вздутием, вздутые кишечные петли контурируются с одной стороны живота (т. н. кошой живот, симптом Байера). При obturационной непроходимости вздутие живота равномерное.

Задержка стула и газов считается весьма важным признаком кишечной непроходимости. Сифонными клизмами не удастся добиться отхождения газов и кала. В некоторых случаях в начале приступа бывает самостоятельный стул за счет перистальтики кишечника ниже

обтурации. Иногда при кишечной непроходимости на почве инвагинации из заднего прохода могут быть кровянистые выделения, что может быть причиной диагностической ошибки, когда ОКН принимают за дизентерию.

Перистальтика при кишечной непроходимости повышена, она носит периодический характер, направлена на то, чтобы протолкнуть содержимое кишечника. Во время перистальтической волны из одной петли в другую перемешаются жидкость и газы, что создает урчание в животе. При УЗИ это проявляется как «мятникообразная» перистальтика. Оно больше выражено при низкой непроходимости и может отсутствовать при высокой. В поздней стадии развития перитонита наступает парез кишечника, и перистальтика не прослушивается («мертвая тишина»). Аускультативно при перитоните иногда выслушивается шум падающей капли (симптом Спасокукоцкого-Вильсона).

Течение странгуляционной ОКН можно условно разделить по клиническим проявлениям на три периода:

- I период: ранний ("стадия боли" - А.В.Мельников; "илеусного крика" - О.С.Кочнев) - 6-12 часов - острые интенсивные схваткообразные боли в животе, частая рвота. Больной мечется, громко стонет от болей;
- II период - промежуточный (12-24 часов) - боли постоянные, рвота застойным желудочным содержимым, частый пульс;
- III период - полиорганной недостаточности, перитонита (позже 24 часов) - черты лица заострены, кожа землистого цвета, живот резко вздут, не прослушивается перистальтика, аускультативно определяется шум падающей капли. Рвота кишечным содержимым. Частый малый пульс, артериальное давление падает.

Общее состояние больных тяжелое. Обращает внимание осунувшееся лицо (лицо Гиппократов). Язык сухой, обложен белым или бурым налетом. Учащенный пульс при нормальной или субфебрильной температуре. При осмотре живота следует обращать внимание на конфигурацию живота, места выхода грыж живота.

Для острой кишечной непроходимости характерен ряд симптомов. При завороте слепой кишки наблюдается западение правой подвздошной области и выпячивание в левом подреберье (симптом Данса). При завороте сигмовидной - западение в левой подвздошной области и выпячивание в правом подреберье.

Симптом Валя - при пальпации определяется раздутая резистентная и неподвижно фиксированная петля кишки.

Симптом Шланге - видимая на глаз перистальтика, чаще определяется при медленно развивающейся обтурационной непроходимости.

Симптом Кивуля - высокий тимпанит с металлическим оттенком при перкуссии над кишечной петлей.

Симптом Склярова - при поколачивании живота слышен шум плеска в расширенной части кишки.

При пальцевом исследовании прямой кишки можно выявить баллонообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки (симптом Грекова или Обуховской больницы). У женщин обязательно вагинальное исследование. В диагностике низкой ОКН известен симптом Цеге-Мантейфеля – больной не может удерживать при введении с клизмой более 0,5 – 1,0 л воды.

В диагностике ОКН большое значение имеют анамнестические данные. Перенесенные операции, закрытые и открытые травмы живота, перенесенные воспалительные заболевания органов брюшной полости, почек являются причиной образования спаек в брюшной полости, которые являются предрасполагающим моментом ОКН. Определенную роль в диагностике играют указания больного на периодические боли в животе, его вздутие, урчание, запоры.

Лабораторная диагностика предполагает проведение общих анализов крови и мочи, активность амилазы крови и мочи, определение содержания белка, электролитов, хлоридов, мочевины, остаточного азота, гематокрита. оценка кислотно-щелочного состояния.

Наряду со сгущением крови наблюдается предрасположенность к гиперкоагуляционному синдрому, связанному с понижением антикоагулянтной активности и торможением фибринолитической системы. Поэтому целесообразно определить коагулограмму.

Использование ультразвуковой диагностики позволяет выявить растяжение кишки с горизонтальным уровнем жидкости, газ в тонкой кишке, маятникообразную перистальтику.

Эндоскопические исследования применяются сравнительно редко. Фиброколоноскопия позволяет выявить некоторые причины непроходимости толстой кишки (опухоль, копростаз, инородное тело), при этом возможны реканализация обтурированного опухолью участка кишки, удаление полипа, инородного тела.

Лапароскопия имеет ограниченные показания при ОКН, но позволяет определить состояние кишечника, наличие выпота, перитонита. Иногда под контролем зрения можно пересечь единичные спайки.

Основную роль в диагностике ОКН имеет рентгенологическое исследование. Рентгенологические признаки бывают прямые и косвенные. К прямым признакам относят:

- 1) наличие чаш Клойбера (рис.75),
- 2) переливание жидкости из одной петли в другую,

- 3) постоянство рельефа слизистой,
- 4) арки и дуги.
- 5) поперечная исчерченность раздутой петли, "скелет селедки" (тонкокишечная непроходимость),
- 6) дугообразные или вертикально расположенные петли кишки, раздутые газом, симптом "органных труб" (тонкокишечная непроходимость).

К косвенным признакам относятся:

- 1) гиперпневматизация кишечника,
- 2) деформации и смещения желудка и ободочной кишки,
- 3) затемнение в малом тазу и боковых отделах живота.

При обзорной рентгеноскопии и рентгенографии определяется скопление газов и жидкости с горизонтальным уровнем, по форме напоминающее опрокинутую чашу (чаши Клойбера). Уровни могут занимать верхний, нижний, средний и боковые отделы брюшной полости (рис. 67). При непроходимости тонкой кишки чаши Клойбера отличаются большой шириной при меньшей высоте, при толстокишечной непроходимости высота чаши превалирует над шириной. Перед рентгенологическим исследованием больным не следует делать клизму.

Симптом "арки" наблюдается в случае, когда петля кишечника содержит больше газа, чем жидкости.

При рентгенографии можно выявить поперечную перистость растянутых петель, это контрастируют отчетные керкринговы складки (симптом Кейси) (рис. 68).

При неясной клинической картине тонкокишечной непроходимости целесообразно применить для исследования рентгеноконтрастную пробу. Для этого больному дается выпить 100 мл жидкой бариевой взвеси после опорожнения желудка через зонд. Обзорный снимок брюшной полости делается через 2, 4 и 6 часов. Задержка контраста в желудке более 2 часов и в тонкой кишке более 4-5 часов говорит о наличии механической непроходимости. Следует подчеркнуть, что контрастная масса помогает выявить неопределенный до этого рельеф отечных складок, т.е. помогает "проявить" симптом поперечной исчерченности.

При подозрении на толстокишечную непроходимость необходимо применить исследование толстой кишки контрастной клизмой. При завороте сигмовидной кишки бариевая взвесь туго заполняет ампулу прямой кишки и дистальную часть сигмовидной до места перегиба, где образуется сужение в виде "клюва" или тени "сидящей птицы". Контрастная клизма позволяет уточнить локализацию, вид и протяженность обтурации, "дефект" наполнения и супрастенотическое расширение.

Дифференциальный диагноз

Диагноз ОКН может быть весьма простым в случаях типичного течения болезни и может представлять большие трудности в атипичных случаях, особенно при спасочной непроходимости. Наличие классической триады симптомов, характерных рентгенологических изменений позволяет поставить правильный диагноз. Заболевание необходимо дифференцировать с панкреатитом, острым нарушением мезентриального кровообращения, прободной язвой желудка и 12-перстной кишки, острым аппендицитом, острым холециститом, нарушенной внематочной беременностью, почечной коликой, острой задержкой мочи, перекрученной кистой яичников, кишечными инфекциями, инфарктом миокарда, нижнедолевой пневмонией и некоторыми другими заболеваниями.

Лечение

Лечение ОКН, как правило, начинается с консервативных мероприятий. Операция при любой форме заболевания является только этапом, хотя зачастую решающим, в лечении больного. При ряде форм динамической, спасочной непроходимости, завороте сигмовидной кишки, инвагинациях активное консервативное лечение может дать положительный эффект и ликвидировать непроходимость. Консервативная терапия у ряда больных является предоперационной подготовкой.

Предоперационная подготовка включает:

1. Введение назогастрального зонда и опорожнение желудка.
2. Назначение антибиотиков широкого спектра действия для подавления микрофлоры в obturated петле кишки.
3. Мероприятия по борьбе с интоксикацией, печеночно-почечной недостаточностью и гиповолемией. Оно включает капельное внутривенное введение солевых (лучше Рингер-Локка) растворов, 5% раствора глюкозы, плазмы и плазмозаменителей. Для расчета суточной потребности организма в жидкости можно прибегнуть к формуле Сейфарда:

$$\text{Дефицит (литр)} = \frac{\text{Нт (ист.)} - \text{Нт (должн)}}{\text{Нт (должн)} \times 5} \times \text{масса (кг)},$$

где Нт (ист.) – показатель гематокрита больного,
Нт (долж) – показатель гематокрита в норме (45%).
Существуют и другие эмпирические формулы.

Ю.М.Дедерер предлагает для расчета вводимой жидкости упрощенную формулу, согласно которой больной весом 70 кг должен по-

лучать 3,5 литра жидкости и дополнительно количество жидкости, потерянное через дренаж или с рвотой. На каждый килограмм массы тела свыше установленного добавляется 100 мл жидкости.

Критерием адекватного объема инфузионной терапии являются нормализация объема циркулирующей крови, показателей гематокрита, центрального венозного давления. При этом почасовой диурез должен быть не менее 40 мл.

4. Введение антиспастических средств (атропин, папаверин, но-шпа и др.).

5. С лечебной целью необходимо освободить толстый кишечник от кала и газов с помощью сифонной клизмы.

Применение средств, усиливающих перистальтику, а также слабительных, при не ликвидированной кишечной непроходимости противопоказано.

Консервативное лечение при ОКН следует признать эффективным, если:

- 1) во время клизмы или сразу после нее отошло большое количество кала и газов;
- 2) полностью исчезли боли в животе;
- 3) отчетливо уменьшилось вздутие живота;
- 4) прекратилась рвота.

Отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 2-3 часов является показанием к оперативному лечению.

Хирургическое лечение имеет целью:

1. установление локализации и вида непроходимости;
2. устранение непроходимости;
3. блокирование болевой импульсации;
4. декомпрессия желудочно-кишечного тракта.

Операцию производят под эндотрахеальным наркозом. Доступ средне-срединная лапаротомия. Перед ревизией кишечника необходимо удалить трансудат из брюшной полости, обладающий токсическими свойствами. Производится новокаиновая блокада корня брыжейки тонкой кишки для блокады верхнебрыжеечного и солнечного сплетения.

После установления причины ОКН приступают к устранению непроходимости. Причем единого метода устранения непроходимости существовать не может, так как причины непроходимости самые разнообразные.

Применяются следующие виды оперативного вмешательства:

1. рассечение спайки;
2. деторзия, дезинвагинация кишки;

3. резекция кишки;
4. наложение обходного анастомоза;
5. наложение кишечного свища;
6. энтеротомия.

Рассечение спаек и тяжей при спаечной непроходимости производится в тех случаях, когда жизнеспособность кишки не вызывает сомнения. При явной гангрене кишки или сомнении в ее жизнеспособности показана резекция кишки. Резекция кишки показана также при операбельной обтурирующей опухоли.

Наложение обходного анастомоза производят при обтурационной непроходимости терминального отдела подвздошной кишки, слепой кишки в случае неудалимой опухоли (илеотрансверзоанастомоз), иногда при спаечной тонкокишечной непроходимости при наличии сращенного конгломерата петель. Наложение кишечного свища показано при обтурационной толстокишечной непроходимости, при очень тяжелом состоянии больного, при гангрене сигмовидной кишки вследствие заворота ее.

При завороте, инвагинации показаны расправление кишечной петли, дезинвагинация кишки. При непроходимости, обусловленной желчным камнем или инородным телом тонкой кишки, клубком аскарид может быть произведена энтеротомия.

При опухоли сигмовидной кишки нужно произвести резекцию сигмы, а проксимальный конец выводится в виде противоестественного заднего прохода (*anus praeternaturalis*) - операция Гартмана.

Следующим обязательным этапом операции является декомпрессия кишечника с целью сохранения целостности анастомоза, предотвращения перерастяжения кишечника, устранения интоксикации.

Способы декомпрессии тонкой кишки можно разделить на открытые и закрытые. Открытая декомпрессия осуществляется с помощью энтеротомии и наложения различного вида энтеростомий, или путем гастростомии и проведения через желудочный свищ интестинального зонда. Отрицательной стороной этих методов являются дополнительное инфицирование при вскрытии просвета кишки, реальная возможность развития недостаточности швов в послеоперационном периоде и развитие перитонита. Закрытая декомпрессия с помощью проведения назоинтестинального зонда или трансректальной интубации кишечника более благоприятна для больного, поскольку она не сопровождается вскрытием просвета кишки.

Особенностью послеоперационного периода при ОКН является:

- 1) наличие пареза кишечника;
- 2) тяжелая интоксикация;
- 3) обезвоживание организма.

В послеоперационном периоде больной должен подвергаться активной терапии с целью коррекции водно-электролитных нарушений и борьбы с интоксикацией. Для этого применяют антибиотики широкого спектра действия, введение капельно внутривенно больших количеств солевых растворов, 5% р-ра глюкозы, витаминов, растворов поливинилпирролидона, плазмозаменителей до 3-4 л в сутки. Стимуляцию кишечника начинают через сутки после операции, постоянно аспирируют желудочное и кишечное содержимое через зонд. Обязательно проводят профилактику легочных и тромбоэмболических осложнений (дыхательная гимнастика, вибромассаж грудной клетки, раннее вставание при отсутствии противопоказаний и др.).

Со 2-х суток начинают энтеральное зондовое кормление по 60 капель в минуту вначале физраствором, 5% р-р глюкозы, а затем вводят крупяные отвары, рыбные и мясные бульоны, энпиты. Этот метод способствует быстрейшему восстановлению функций тонкой кишки, при этом уменьшается объем инфузионной внутривенной терапии.

В целом летальность при ОКН остается высокой и колеблется в пределах 10-15%, а при некоторых видах странгуляционной непроходимости достигает 30%.

Ситуационные задачи

1. Больной 60 лет поступил в стационар по поводу obturационной кишечной непроходимости, вызванной опухолью сигмовидной кишки. Общее состояние больного средней тяжести. По ходу операции выяснилось, что приводящая кишка переполнена каловыми массами. Видимых метастазов нет. Опухоль подвижна, однако при осмотре ее обнаружен истонченный распадающийся участок, где вот-вот должна произойти перфорация.

Как следует поступить в такой ситуации?

2. У мальчика 2 лет среди полного здоровья появились сильные боли в животе, продолжавшиеся несколько минут. Во время приступа он побледнел, ручками держался за живот, сучил ножками. Приехавший на вызов врач скорой помощи нашел ребенка спокойно играющим, при осмотре никакой патологии у ребенка не обнаружил и уехал.

Приблизительно через час болевой приступ повторился. После третьего приступа, появившегося еще через 30 минут и столь же

кратковременного, мальчик был госпитализирован в хирургическое отделение. В стационаре у ребенка был стул с примесью крови и слизи. Температура тела оставалась нормальной, пульс 100 в мин. Язык несколько суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. При ректальном исследовании уплотнений не определяется, отчетливо видна кровь. Лейкоцитов в крови $10, 2 \cdot 10^9/\text{л}$.

Какова должна быть тактика врача скорой помощи при первом осмотре больного? Ваш предположительный диагноз? Какое уточняющее диагностическое исследование следует предпринять?

3. Больной 28 лет была произведена сложная гинекологическая операция 3 года назад. С тех пор было 5 приступов острой спаечной кишечной непроходимости. Все они сравнительно легко купировались после консервативных мероприятий. На этот раз приступ начался более резко и протекает значительно тяжелее предыдущих.

Общее состояние тяжелое, боли сильные, схваткообразные, локализуются внизу живота. Многократная рвота. Больная беспокойна, меняет положение. Пульс 100 в мин. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный. На общем фоне вздутия живота слева от пупка контурируется перистальтирующая петля кишки.

Почему клиническая картина непроходимости на этот раз отличается от предыдущих приступов? Какой тактики следует придерживаться?

4. Мужчина 39 лет проснулся среди ночи от жестоких болей в животе, постоянного характера, сопровождавшихся многократно повторяющейся рвотой. Через час после начала заболевания был госпитализирован в хирургический стационар. Состояние больного тяжелое. Черты лица заострены, кожные покровы цианотичны. Пульс слабого наполнения, 112 в минуту. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Температура нормальная. Больной беспокоен, все время меняет положение. Кричит от болей. Рвота продолжается, рвотные массы приобрели неприятный запах, темно-зеленый цвет. Стула нет, газы не отходят. Язык сухой. Живот мягкий, асимметрично вздут в левой половине, где нечетко пальпируется плотно-эластическое образование. В отдельных местах живота при перкуссии определяется притупление. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Определяется "шум плеска". Перистальтика не выслушивается. При пальцевом ректальном исследовании: сфинктер зияет, ампула прямой кишки пуста.

Ваш диагноз и действия?

5. В приемное отделение доставлен больной 45 лет, который жалуется на сильные схваткообразные боли в животе без определенной локализации, частую рвоту желудочным и дуоденальным содержимым, не приносящую облегчения.

В анамнезе 1 год назад - аппендэктомия. Боли появились 5 часов назад. После начала заболевания мочился, был необильный жидкий стул. Пульс 110 уд. в мин., артериальное давление 105/80 мм рт. ст., температура тела 36,6°C.

1. Ваша тактика в приемном отделении?

- А. Госпитализация в РАО для профилактики синдрома Кулсмауля
- Б. Выполните ректальное исследование
- В. Выполните обзорную R-грамму брюшной полости
- Г. Экстренно госпитализируете больного в хирургическое отделение
- Д. Для уменьшения рвоты введете внутримышечно церукал

2. При повторном осмотре - схваткообразные боли сохраняются, дважды была рвота, рвотные массы стали темно-бурого цвета с резким запахом. Во время схватки больной громко стонет, мечется. Пульс 110 уд. в мин. Язык сухой. Живот умеренно вздут в верхнем отделе. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Грыжевых выпячиваний нет. Газы не отходят.

Выберите физикальные признаки, характерные для этого заболевания:

- А. Симптом Шланге
- Б. Симптом Валя
- В. Симптом Щеткина-Блюмберга
- Г. Симптом Ортнера
- Д. Симптом Пастернацкого
- Е. Высокий тимпанит при перкуссии передней брюшной стенки
- Ж. При аускультации полное отсутствие перистальтических шумов кишечника
- З. Усиленные, звонкие, частые перистальтические шумы кишечника
- И. Симптом Грекова (Обуховской больницы)

3. Какие дополнительные методы исследования наиболее целесообразны в постановке диагноза у больного?

- А. Обзорная рентгеноскопия брюшной полости
- Б. Ультразвуковое исследование брюшной полости
- В. Контрастная бариевая клизма
- Г. Фиброгастродуоденоскопия
- Д. Лапароскопия

4. Какие рентгенологические признаки будут соответствовать описанной выше клинической картине?

- А. Множественные мелкие уровни жидкости по всему животу с нечеткими контурами
- Б. Несколько широких крупных уровней с четкими контурами
- В. Свободный газ в брюшной полости
- Г. Резкое вздутие поперечно-ободочной кишки (с-м Гобье)
- Д. Тотальное затемнение брюшной полости

5. Какие лабораторные данные соответствуют заболеванию?

- А. Гиперлейкоцитоз с резко выраженным палочкоядерным нейтрофилезом
- Б. Гиперамилаземия и гиперамилазурия
- В. Гипогликемия
- Г. Увеличение числа гематокрит
- Д. Уменьшение числа гематокрит

6. На основании клинических, лабораторных данных и данных дополнительных методов исследования Вы установили диагноз:

- А. Острый панкреатит
- Б. Прободная язва 12-перстной кишки
- В. Высокая тонкокишечная непроходимость
- Г. Толстокишечная обтурационная непроходимость
- Д. Эмболия верхней брыжеечной артерии

7. Какой лечебно-диагностический комплекс Вы назначите (выберите нужные ответы):

- А. Сифонная клизма
- Б. Теплая ванна
- В. Введение препаратов, усиливающих моторику кишечника (церукал, прозерин, убретид)
- Г. Введение спазмолитиков
- Д. Введение антибиотиков per os
- Е. Назначение больному анальгетиков
- Ж. Массивная инфузионная терапия
- З. Гемосорбция
- И. Поставка больному желудочного зонда и аспирация содержимого желудка

8. После проведения Вами мероприятий через 2 часа состояние больного не улучшилось. Продолжаются схваткообразные боли в животе.

Повторная рвота темно-бурым содержимым с неприятным запахом. Пульс 130 ударов в мин., артериальное давление упало до 90/60 мм рт. ст., ЦВД упало до 10 см вод. ст., кожный покров влажный с синюшным оттенком.

Какое состояние возникло у больного?

- А. Сепсис
- Б. Гиповолемический шок
- В. Инфаркт миокарда
- Г. Коллапс
- Д. Эмболия легочной артерии

9. В данной ситуации соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов переливаемых внутривенно равно:

- а) 1:1
- б) 2:1
- в) 1:2

10. С учетом отсутствия эффекта от Ваших мероприятий какие дальнейшие действия?

- А. Произвести паранефральную блокаду
- Б. Гемотрансфузия одногруппной крови
- В. Экстренная операция
- Г. Провести исследования пассажа бария по тонкой кишке
- Д. Повторить сифонную клизму и аспирацию желудка

11. На операции Вы нашли, что петля тонкой кишки на границе тошей и подвздошной сдавлена шнуровидной спайкой в правой подвздошной области. Приводящий отдел кишки резко раздут до 6 см в диаметре, содержит газ и жидкость. Серозный покров кишки слегка цианотичен. В брюшной полости небольшое количество серозной жидкости. Определите форму кишечной непроходимости.

- А. Паралитическая
- Б. Спастическая
- В. Обтурационная высокая
- Г. Обтурационная низкая
- Д. Странгуляционная

12. Какое оперативное вмешательство Вы произведете:

- А. Рассечение спайки
- Б. Обходной тонко-толстокишечный анастомоз
- В. Резекция тонкой кишки

- Г. Наложение разгрузочного кишечного свища
- Д. Рассечение спаек и лаларостомию или программированный лаваж

13. Основные этапы операции при спаечной ОКН:

- А. Ликвидация причины острой кишечной непроходимости
- Б. Декомпрессия тонкой кишки
- В. Лаваж и дренирование брюшной полости
- Г. Введение преднизолона в брыжейку тонкой кишки для улучшения микроциркуляции.

14. Для уменьшения интоксикации и профилактики пареза кишечника в послеоперационном периоде какой метод декомпрессии тонкой кишки наиболее целесообразен?

- А. Энтеротомия, отсасывание кишечного содержимого с последующим наложением кишечного шва
- Б. Провести длинный зонд в тонкую кишку через гастростому
- В. Провести ретроградно длинный зонд через энтеростому в подвздошной кишке
- Г. Закрытая длительная декомпрессия тонкой кишки с помощью назогастроинтестинального зонда
- Д. При вздутии тонкой кишки до 6 см декомпрессия её не обязательна

15. Особенности послеоперационного периода при ОКН являются:

- А. Наличие пареза кишечника
- Б. Длительная анурия
- В. Тяжелая интоксикация
- Г. Обезвоживание организма
- Д. Развитие послеоперационного панкреатита

16. Выберите основные лечебные мероприятия в послеоперационном периоде:

- А. Коррекция водно-электролитных нарушений
- Б. Дезинтоксикационная терапия
- В. Антибиотикотерапия
- Г. Интестинальный лаваж
- Д. Дыхательная гимнастика, вибромассаж грудной клетки
- Е. Обязательное назначение ингибиторов протеаз
- Ж. Раннее энтеральное кормление больных через интестинальный зонд

17. Виды острой кишечной непроходимости:

- А. Обтурационная
- Б. Странгуляционная
- В. Паралитическая
- Г. Спастическая
- Д. Мезотромбоз

18. К странгуляционным видам ОКН относятся:

- А. Заворот сигмы
- Б. Узлообразование
- В. Ущемления кишки
- Г. Синдром Меллори-Вейсса
- Д. Триада Сейнта

Тестовый контроль знаний

В вопросах 1 - 12 выберите наиболее правильный ответ (ответы):

1. При обзорной рентгенографии брюшной полости у 10-летнего мальчика выявлены горизонтальные уровни жидкости, преимущественно в центральной части живота. При ирригоскопии в слепой кишке виден дефект наполнения с четкими контурами, имеющий форму "двузубца".

Наиболее вероятный диагноз:

- А. Опухоль слепой кишки
- Б. Аппендикулярный инфильтрат
- С. Инвагинация
- Д. Кишечная непроходимость, вызванная аскаридами
- Е. Кишечная непроходимость неясного генеза

2. Больная 45 лет жалуется на сильные схваткообразные боли в животе, частую рвоту. Боли начались 8 часов назад. В анамнезе 2 года назад аппендэктомия. Состояние тяжелое. Периодически стонет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный. Живот асимметричный, умеренно вздут. В правой подвздошной области послеоперационный рубец. Видимая на глаз перистальтика кишечника. При пальпации живот мягкий, умеренно болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При аускультации кишечные перистальтические шумы усилены, звучные. Газы не отходят.

При каком заболевании может быть данная картина?

- А. Острый холецистит, местный перитонит

- В. Прободная язва желудка
- С. Острый панкреатит
- Д. Острая кишечная непроходимость
- Е. Острый деструктивный аппендицит

3. Какой наиболее демонстративный метод исследования Вы проведете для постановки диагноза в задании № 2 ?

- А. Лапароскопия
- В. Фиброгастродуоденоскопия
- С. Обзорная рентгенография брюшной полости
- Д. Рентгеноскопия желудка
- Е. УЗИ

4. При обзорной рентгенографии брюшной полости больного острой кишечной непроходимостью наиболее характерен следующий симптом:

- А. Наличие свободного газа в брюшной полости
- В. Наличие горизонтальных уровней жидкости
- С. Гомогенное затемнение брюшной полости
- Д. Наличие газового пузыря желудка
- Е. Высокое стояние диафрагмы

5. При подозрении на острую кишечную непроходимость первым диагностическим мероприятием должно быть:

- А. Обзорная Rtg-графия брюшной полости
- В. Определение симптома Цеге-Мантейфеля
- С. Исследование пассажа бария по тонкой кишке
- Д. Ургентная ирригоскопия
- Е. Ультразвуковое исследование брюшной полости

6. Какой симптом наиболее характерен при завороте сигмы:

- А. Асимметрия вздутия живота (симптом Байера)
- В. Равномерное вздутие живота
- С. Перкуторно - тимпанит с притуплением
- Д. Тенезмы с выделением слизи и крови
- Е. Рентгенологически свободный газ в брюшной полости

7. Какая из форм острой кишечной непроходимости не относится к странгуляционной?

- А. Сдавление кишки опухолью
- В. Ущемление кишки во внутренних и наружных грыжевых воротах

- С. Заворот сигмовидной кишки на 270 градусов
- Д. Узлообразование
- Е. Тонко-толстокишечная инвагинация с вовлечением в инвагинат брыжейки тонкой кишки

8. Какой симптом не встречается при острой кишечной непроходимости?

- А. Симптом Валя
- В. Метеоризм
- С. Симптом Кулена
- Д. Симптом Грекова (Обуховской больницы)
- Е. Высокий тимпанит при перкуссии живота

9. Какой симптом наиболее редко встречается в начальном периоде обтурационной толстокишечной непроходимости?

- А. Схваткообразные боли
- В. Рвота
- С. Метеоризм
- Д. Усиленная кишечная перистальтика
- Е. Затрудненное отхождение газов

10. Какую операцию целесообразно произвести больному 70 лет с острой обтурационной кишечной непроходимостью, обусловленной раком сигмы $T_4N_1M_0$?

- А. Операцию Гартмана (резекция сигмы с наложением противоестественного заднего прохода)
- В. Резекцию сигмовидной кишки с наложением межкишечного анастомоза
- С. Наложение обходного анастомоза
- Д. Наложение разгрузочного свища на слепую кишку
- Е. Илеостомию по Бруку или Торнболу

11. Симптом Валя при острой кишечной непроходимости - это:

- А. "Шум плеска" при поколачивании живота
- В. Пальпаторно определяемая раздутая фиксированная петля кишки
- С. Высокий тимпанит с металлическим оттенком при перкуссии над кишечной петлей
- Д. Баллонообразное расширение пустой ампулы прямой кишки
- Е. Асимметрия вздутия живота

12. Наиболее частый вид механической кишечной непроходимости у взрослых:

- А. Инвагинация
- В. Заворот
- С. Спаечная
- Д. Узлообразование
- Е. Обтурация кишки клубком аскарид

В вопросах 13 - 23 представлены признаки кишечной непроходимости. Выберите соответствующий им вид непроходимости ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---|---|
| 13. Умеренная постоянная боль в животе | А. Паралитическая непроходимость |
| 14. Схваткообразные боли в животе | В. Спастическая кишечная непроходимость |
| 15. При свинцовой интоксикации | С. Заворот |
| 16. Рвота | Д. Инвагинация |
| 17. Умеренное равномерное вздутие живота | Е. Узлообразование |
| 18. Бурно прогрессирует гиповолемия | Г. Низкая обтурационная кишечная непроходимость |
| 19. Перистальтические шумы кишечника ослаблены в начале заболевания | И. Любой вид механической кишечной непроходимости |
| 20. Перистальтические шумы кишечника усилены в начале заболевания | К. А + I |
| 21. Задержка стула и отхождения газов | |
| 22. На рентгенограмме имеются уровни жидкости | |
| 23. При пальцевом исследовании прямой кишки на перчатке примесь крови | |

В вопросах 24 - 27 перечислены симптомы заболеваний. Выберите соответствующие им заболевания ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---|-----------------------------------|
| 24. Напряжение мышц передней брюшной стенки в первый период заболевания | А. Распространенный перитонит |
| 25. Отсутствие лейкоцитоза в начальный период заболевания | В. Острая кишечная непроходимость |
| 26. Рентгенологически - чаши Клойбера в петлях тонкой кишки | С. А+В |
| 27. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга с начала заболевания | |

В вопросах 28 - 37 представлены признаки кишечной непроходимости. Выберите соответствующий им вид непроходимости ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|---|
| 28. Ранняя многократная рвота | А. Обтурационная непроходимость |
| 29. Тахикардия и падение артериального давления в начале заболевания | В. Странгуляционная непроходимость |
| 30. Беспокойное поведение больного | С. Все виды механической непроходимости |
| 31. Положительный симптом "шума плеска" | Д. Узлообразование |
| 32. Секвестрация жидкости в просвет кишечника | Е. В + Д |
| 33. Быстро развивается перитонит | |
| 34. Геморрагический выпот в брюшной полости | |
| 35. Чаще у пожилых | |
| 36. Нарушение водно-электролитного баланса | |
| 37. Усиление перистальтических шумов кишечника в начале заболевания | |

В вопросах 38 - 46 перечислены симптомы заболеваний. Для каких хирургических заболеваний они характерны ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|---|
| 38. Схваткообразные боли в животе | А. Острый аппендицит |
| 39. Опооясывающие боли | В. Перфоративная язва 12-перстной кишки |
| 40. Постоянные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое надплечье | С. Острый панкреатит |
| 41. Симптом Ровзинга | Д. Острая кишечная непроходимость |
| 42. Исчезновение печеночной тупости | Е. Острый холецистит |
| 43. Симптом Склярова ("шум плеска") | |
| 44. Рентгенологически наличие полоски газа под диафрагмой | |
| 45. Доскообразное напряжение мышц живота | |
| 46. Цианотичные пятна на коже живота | |

В вопросах 47 - 49 перечислены лечебные и диагностические мероприятия. Подберите соответствующие заболевания, при которых они чаще всего применяются ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|-----------------------------------|
| 47. Форсированный диурез | А. Острая кишечная непроходимость |
| 48. Антибиотикотерапия как основной метод лечения | В. Острый панкреатит |
| 49. Очистительная или сифонная клизма как компонент лечебно-диагностического комплекса | С. Аппендикулярный инфильтрат |
| | Д. Почечная колика |

В вопросах 50 - 77 выберите наилучшую комбинацию ответов по схеме:

| А | В | С | Д | Е |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| если верно только | если верно только | если верно только | если верно только | если все правильно |
| 1, 2, 3 | 1, 3 | 2, 4 | 4 | |

50. Методы лечения паралитической кишечной непроходимости:
1. Стимуляция кишечника
 2. Эвакуация желудочного содержимого
 3. Коррекция электролитных нарушений и водно-солевого равновесия
 4. Экстренная операция

51. Следующие виды кишечной непроходимости относятся к странгуляционным:

1. Стенозирующая опухоль сигмовидной кишки
2. Узлообразование
3. Спастическая кишечная непроходимость
4. Заворот тонкой кишки

52. Наиболее рациональные методы исследования при подозрении на острую тонкокишечную непроходимость:

1. Обзорная Rtg-графия брюшной полости
2. Лапароскопия
3. Рентгеноконтрастное исследование с пассажем бария по кишечнику
4. Ирригоскопия

53. Общие признаки кишечной непроходимости:

1. Нарушение прохождения по кишечнику его содержимого
2. Нарушение всасывания из кишечника
3. Потеря большого количества воды, электролитов, белка
4. Увеличение содержания внутриклеточного калия

54. Предрасполагающими моментами в развитии заворота сигмовидной кишки являются:

1. Долихосигма, особенно у лиц старше 50 лет
2. Спаечный процесс в брюшной полости
3. Переедание после голода
4. Наличие дивертикулов сигмы

55. Показаниями к операции при спаечной кишечной непроходимости являются:

1. Увеличивающееся вздутие живота
2. Невозможность добиться отхождения газов и кала
3. Увеличение отделяемого при аспирации из желудка через назогастральный зонд
4. Тонкокишечное содержимое в желудке

56. При высокой кишечной непроходимости наблюдаются:

1. Обезвоживание организма с преобладанием обезвоживания внеклеточного пространства
2. Уменьшение количества циркулирующей плазмы
3. Рост уровня гематокрита
4. Повышение Hb

57. Для толстокишечной обтурационной непроходимости характерно:

1. Поздняя рвота
2. Медленное нарастание симптомов заболевания
3. Задержка отхождения газов
4. Иррадиация болей в крестец

58. Для спаечной странгуляционной непроходимости в первые часы характерно:

1. Резкие боли в животе без определенной локализации
2. Частая рвота
3. Усиленная перистальтика кишечника
4. Напряжение мышц живота

59. Основные причины обезвоживания организма при кишечной непроходимости:

1. Накопление жидкости в просвете кишечника
2. Потеря воды и электролитов со рвотой
3. Потеря кишечником способности всасывания воды и электролитов
4. Расстройство функции почек с олигурией

60. По уровню обструкции острая кишечная непроходимость может быть:

1. Высокой тонкокишечной - если уровень препятствия относительно близко к дуоденальному изгибу
2. Низкой тонкокишечной - если уровень препятствия относительно близко к илеоцекальному углу
3. Толстокишечной - если обтурирован отдел толстой кишки
4. Внекишечной - если какой-то отдел кишечника сдавливается опухолью или кистой, расположенной забрюшинно

61. При толстокишечной непроходимости:

1. Обзорная рентгенография брюшной полости должна выполняться до клизмы
2. Метаболический алкалоз возникает в первые сутки от начала заболевания
3. Положительный симптом Цеге-Мантейфеля
4. Быстро развивается перитонит

62. Какие диагностические исследования наиболее информативны при обтурационной непроходимости:

1. Ультразвуковое исследование брюшной полости
2. Ирригоскопия

3. Исследование лейкоцитов и лейкоцитарной формулы крови
4. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости

63. Острая высокая тонкокишечная непроходимость (10 см ниже связки Трейтца), как правило, проявляется:

1. Гиповолемическим шоком
2. Парезом кишечника
3. Рвотой желчью
4. Вздутием живота

64. При спастической кишечной непроходимости показано:

1. Экстренная операция
2. Стимуляция перистальтики кишечника церукалом или прозергином
3. Сифонная клизма
4. Введение спазмолитиков

65. У больного 60 лет на операции по поводу острой кишечной непроходимости выявлена обтурирующая опухоль сигмовидной кишки ($T_3N_{2x}M_0$). Какую тактику Вы выберете?

1. Наложите разгрузочный свищ на подвздошную кишку
2. Наложите обходной трансверзосигмоанастомоз
3. Произведете первичную резекцию сигмовидной кишки с наложением межкишечного анастомоза
4. Произведете резекцию сигмовидной кишки и наложите одноствольную колостому на проксимальный отрезок толстой кишки

66. При острой кишечной непроходимости и наличии симптомов перитонита показано:

1. Лапароскопия
2. Сифонная клизма
3. Очистительная клизма
4. Экстренная операция

67. Задачами хирургического лечения при острой кишечной непроходимости являются:

1. Установление локализации и вида непроходимости
2. Устранение непроходимости
3. Декомпрессия желудочно-кишечного тракта
4. Дренаживание брюшной полости и забрюшинного пространства

68. Виды операций при острой странгуляционной кишечной непроходимости:

1. Рассечение спаек
2. Деторзия и дезинвагинация кишки
3. Резекция кишки
4. Наложение обходного анастомоза

69. Для странгуляционной кишечной непроходимости характерно:

1. Сохранение болей в животе между приступами схваткообразных болей
2. Редкая рвота
3. Часто асимметрия живота
4. Отсутствие горизонтальных уровней жидкости на рентгенограмме

70. Паралитическая кишечная непроходимость может быть обусловлена:

1. Забрюшинной гематомой
2. Токсическим влиянием на нейрорегуляторные центры и воспалительным процессом в брюшной полости
3. Уремией
4. Свинцовой интоксикацией

71. Клинические признаки паралитического илеуса включают:

1. Ослабление перистальтических кишечных шумов
2. Небольшого размера тонкокишечные горизонтальные уровни жидкости с нечеткими контурами
3. Высокий тимпанит при перкуссии живота
4. Схваткообразные боли в животе с частой рвотой

72. При лечении паралитической кишечной непроходимости без признаков перитонита наиболее целесообразно:

1. Эвакуация желудочного содержимого
2. Сифонные клизмы
3. Инъекции церукала или прозерина
4. Лапаротомия и наложение разгрузочного тонкокишечного свища

73. Показаниями к выполнению операции Гартмана при острой кишечной непроходимости являются:

1. Стенозирующая опухоль сигмовидной кишки ($T_3N_1M_0$)
2. Тонко-толстокишечная инвагинация с гангреной кишки
3. Заворот сигмы с гангреной кишки и перитонитом
4. Стенозирующая опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки ($T_4N_1M_1$)

74. Консервативное лечение при острой кишечной непроходимости следует признать эффективным, если:

1. Во время клизмы или сразу после нее отошло большое количество кала и газов
2. Полностью исчезли боли в животе
3. Отчетливо уменьшилось вздутие живота
4. Прекратилась рвота

75. Для ликвидации острой спаечной кишечной непроходимости могут применяться следующие операции:

1. Рассечение спаек
2. Наложение обходного илеотрансверзоанастомоза
3. Резекция кишки
4. Наложение колостомы

76. Особенностью послеоперационного периода при острой кишечной непроходимости является:

1. Наличие пареза кишечника
2. Гиповолемия
3. Тяжелый эндотоксикоз
4. Дуоденостаз, панкреатит

77. При острой кишечной непроходимости:

1. Обзорная рентгенограмма брюшной полости должна выполняться перед постановкой сифонной клизмы
2. Обнаружение на рентгенограмме круговых складок слизистой оболочки тонкой кишки на фоне газа указывает на тонкокишечную непроходимость.
3. Асимметрия вздутия живота больше характерна для странгуляционной непроходимости
4. При завороте сигмы возможна операция Гаген-Торна

В вопросах 78 - 90 определите верно или неверно каждое из двух утверждений, далее определите верна или нет причинная взаимосвязь между ними:

| Ответ | Утверждение 1 | Утверждение 2 | Взаимосвязь между 1 и 2 утверждениями |
|-------|---------------|---------------|--|
| А | верно | верно | верна |
| В | верно | верно | неверна |
| С | верно | неверно | неверна |
| Д | неверно | верно | неверна |
| Е | неверно | неверно | неверна |

78. При паралитической кишечной непроходимости без перитонита показана экстренная операция (утверждение 1),
потому что
при паралитической кишечной непроходимости развиваются гиповолемия и расстройства обмена веществ (утверждение 2).

79. При obturiruющей опухоли сигмовидной кишки, осложненной кишечной непроходимостью и супрастенотической перфорацией, целесообразна первичная резекция с наложением межкишечного анастомоза (утверждение 1),
потому что
при наложении межкишечного анастомоза восстанавливается естественный пассаж содержимого по толстой кишке (утверждение 2).

80. При завороте сигмовидной кишки на 360° необходима экстренная операция (утверждение 1),
потому что
при завороте сигмы на 360° консервативные методы, как правило, не эффективны (утверждение 2).

81. При подозрении на спаечную кишечную непроходимость возможно использовать лапароскопию (утверждение 1),
потому что
возможно лапароскопически устранить сдавление кишки (утверждение 2).

82. Во время операции по поводу острой кишечной непроходимости необходимо произвести декомпрессию кишечника (утверждение 1),
потому что
декомпрессия кишечника способствует устранению гиповолемии (утверждение 2).

83. Из всех видов острой кишечной непроходимости наиболее опасна странгуляционная (утверждение 1),
потому что
при странгуляционной непроходимости быстро развивается восходящий тромбоз системы воротной вены (утверждение 2).
84. При острой кишечной непроходимости у ребенка заподозрена инвагинация (утверждение 1),
потому что
при исследовании per rectum на пальце кровь (утверждение 2).
85. Острую кишечную непроходимость следует дифференцировать с острым панкреатитом (утверждение 1),
потому что
при остром панкреатите характерно вздутие живота в верхних отделах (утверждение 2).
86. Некроз стенки кишки при странгуляции обусловлен сдавлением сосудов кишки и брыжейки (утверждение 1),
потому что
при странгуляции вначале нарушается приток артериальной крови, а затем присоединяется венозный застой в стенке кишки (утверждение 2)
87. При наличии метеоризма диагноз механической кишечной непроходимости не вызывает сомнений (утверждение 1),
потому что
метеоризм является обязательным признаком острой механической кишечной непроходимости (утверждение 2).
88. При острой кишечной непроходимости происходит сгущение крови (утверждение 1),
потому что
при странгуляционной непроходимости нередко увеличивается почасовой диурез (утверждение 2).
89. При странгуляционной кишечной непроходимости инфузию белковых препаратов производить не следует (утверждение 1),
потому что
при странгуляционной непроходимости происходит сгущение крови (утверждение 2)
90. При странгуляционной кишечной непроходимости падает онкотическое давление плазмы (утверждение 1)
потому что
деструкция белка достигает 200 и более грамм в сутки (утверждение 2).

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Причины развития динамической кишечной непроходимости. Какие ее разновидности Вы знаете?
2. Что такое обтурационная кишечная непроходимость, какие ее главные причины развития.
3. Назовите виды странгуляционной кишечной непроходимости.
4. Какие принципиальные различия между обтурационной и странгуляционной формами кишечной непроходимости?
5. Наиболее частая причина развития ОКН в настоящее время?
6. Что такое инвагинация кишечника. Ее причины. В каком возрасте она чаще встречается? Какие виды инвагинации Вы знаете?
7. Какие биохимические сдвиги крови возникают при высокой ОКН? Их причины?
8. Опишите характер болей при ОКН и поведение больного.
9. С какими заболеваниями следует дифференцировать заворот сигмовидной кишки?
10. Опишите симптомы Склярова ("шум плеска"), Валя, Кивуля, Грекова. При каких формах ОКН они встречаются?
11. Всегда ли при ОКН наблюдается задержка отхождения газов?
12. Опишите изменения формы живота при различных видах ОКН.
13. Какие методы рентгенологической диагностики при ОКН Вы знаете? Что такое чаши Клойбера?
14. В чем заключается и с какой целью проводится исследование с пассажем бария по кишечнику.
15. Какие лечебные манипуляции необходимо произвести при подготовке больного к операции?
16. Назовите пути коррекции гидроионных и кислотно-щелочных нарушений.
17. Какой вид обезболивания и операционный доступ наиболее целесообразны при ОКН?
18. Какую операцию Вы предложите, если у больного имеется обтурационная кишечная непроходимость вследствие стенозирующей опухоли сигмовидной кишки?
19. Вид операций при спаечной кишечной непроходимости.
20. Вид операции при завороте сигмовидной кишки без гангрены ее стенки? С гангреной стенки кишки?
21. В каких случаях показана операция создания обходного межкишечного анастомоза?
22. Какие операции производят при инвагинации кишечника?
23. Какие методы декомпрессии кишечника Вы знаете? С какой целью она проводится?
24. Укажите основные принципы ведения больных в послеоперационном периоде.

ПЕРИТОНИТЫ

Перитонит - воспаление брюшины. Наблюдается у каждого четвертого больного с острым заболеванием живота. Операция в первые часы дает до 90% выздоровлений; в первый день - 50%; позже третьего дня - всего 10% (С.И.Спасокукоцкий, 1926 г.).

МКБ 10

| | |
|------------|--|
| K65 | <i>Перитонит</i> |
| K65.0 | Острый перитонит |
| K65.8 | Другие виды перитонита |
| K65.9 | Перитонит неуточненный |
| K66 | <i>Другие поражения брюшины</i> |
| K66.0 | Брюшинные спайки |
| K66.1 | Гемоперитонеум |
| K66.8 | Другие уточненные поражения брюшины |
| K66.9 | Поражение брюшины неуточненное |

Области живота

На передней брюшной стенке различают 9 анатомических областей.

В верхнем (эпигастрий) - правое, левое подреберье, собственно эпигастрий.

В среднем (мезогастрий) - правая, левая боковые, пупочная области.

В нижнем (гипогастрий) - правая, левая подвздошные, лобковая области.

Различают полости живота и брюшную полость. Полость живота, ограниченную f. endoabdominalis, подразделяют на брюшную полость, ограниченную париетальной брюшиной, и забрюшинное пространство, расположенное позади брюшной полости между париетальной брюшиной и f. endoabdominalis.

Брюшная полость у мужчин не сообщается с внешней средой. У женщин сообщается с внешней средой через маточные трубы, полость матки, влагалище.

Брыжейкой поперечно-ободочной кишки брюшная полость разделяется на 2 этажа: верхний (поддиафрагмальное пространство и нижний.

В поддиафрагмальном пространстве различают сумки:

- сальниковая - позади желудка;
- правая печеночная - между диафрагмой и правой долей печени;
- левая печеночная - между левой долей печени и диафрагмой;
- преджелудочная - между желудком и левой долей печени.

Брюшина, выстилающая внутреннюю поверхность брюшной стенки называется париетальной, а органы – висцеральной.

Париетальная иннервируется соматическими нервами (кроме таза). Висцеральная - вегетативная иннервация (висцеральные боли не локализованы). Диафрагмальная брюшина имеет двойную иннервацию.

Париетальная и висцеральная брюшина покрыты мезотелием (однослойный плоский эпителий), который обладает экссудативной, резорбтивной и барьерной функциями. Поверхность брюшины около 2 м², примерно равна поверхности кожи.

В норме брюшная полость содержит 20 мл жидкости, но по Weg-пер за час может выделить и всосать количество жидкости равное 8% веса тела. Истинные растворы всасываются всей поверхностью брюшины: коллоиды, суспензии, бактерии - брюшиной, покрывающей диафрагму и сальник.

Этиопатогенез перитонита

В зависимости от путей проникновения микрофлоры различают: первичный (гематогенный, лимфогенный, через маточные трубы) и вторичный перитонит. Последний наиболее частая форма перитонита. Он возникает вследствие острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости, перфораций, разрывов при травмах, а также после операций на органах брюшной полости.

Выделяют и третичный перитонит. Он объединяет те формы гнойного перитонита, которые развиваются и протекают без выраженных клинических проявлений на фоне продолжающегося лечения ослабленных больных с вторичным перитонитом и нередко – с нарушениями иммунитета различной природы. Ранее такой перитонит обычно обозначался как «вялотекущий» или «персистирующий». (И.А.Ерюхин, 2003)

Микробный фактор играет ведущую роль в этиологии перитонита. Чаще неспецифический возбудитель: аэробный, анаэробный (клостридиальный, неклостридиальный), реже специфический (гонококк, пневмококк, туберкулезная палочка и др.)

Асептический перитонит (геморрагический, желчный, химический, мочево́й) в течение нескольких часов или дней становится микробным вследствие проникновения инфекции из просвета кишечника, гематогенным, лимфогенным путем и т.д.

К особым формам перитонита относятся: канцероматозный, паразитарный, ревматоидный, гранулематозный.

Начавшись как местный процесс, перитонит быстро превращается в опасное заболевание всего организма.

В патогенезе общих висцеральных нарушений, обусловленных развитием, распространенного гнойного перитонита, вначале преобла-

дает гипоксическая по своей природе энтеральная недостаточность, проявляется парезом кишечника, нарушением резорбтивной и барьерной функции тонкой кишки, расстройством полостного и пристеночного пищеварения. Результатом универсальной энтеральной недостаточности становится вторая «волна» патогенетических механизмов: глубокие нарушения белкового метаболизма и водноэлектролитного баланса, захватывающие не только интестинальный, но и клеточный сектор; транслокация из нижних отделов кишечника анаэробных микроорганизмов; подмена полостного и пристеночного пищеварения симбионтными его формами (с участием микробных протеолитических ферментов), приводящими к образованию токсических полипептидов, а также — к освобождению липополисахаридного комплекса (ЛПС) и других бактериальных эндотоксинов. Третья «волна» общесоматических патогенетических механизмов сопряжена с утокаталитическим нарастанием эндотоксикоза, в патогенез которого включается прогрессирующее нарушение системного тканевого метаболизма с преобладанием катаболических тенденций. (И.А.Ерюхин, 2003)

Клинически это проявляется:

- наступает я кишечная непроходимость,
- происходит снижение сократительной функции миокарда, парез сосудистой стенки и снижение ЦВД, снижение ОЦК и глобулярного объема,
- гиповолемией, обусловленной:
 - а) экссудацией, транссудацией;
 - б) секвестрацией в "третьем пространстве";
 - в) потерей воды со рвотой, дыханием, с кожи;
- иммунодепрессией.

Выключение тонкой кишки из участия в обмене следует рассматривать как критическую точку в развитии перитонита.

Тяжелая гипоксия приводит к нарушению функции всех внутренних органов, снижается органный кровоток, повышается сосудистое сопротивление.

Классификация

I. По клиническому течению:

1. острый,
2. хронический.

II. По характеру выпота:

1. серозный,
2. фибринозный,
3. гнойный,
4. гнилостный,
5. геморрагический.

III. По степени распространения:

I. отграниченный (абсцесс или инфильтрат).

II. диффузный - нет тенденции к отграничению.

1. местный - I анатомическая область;
2. распространенный - несколько анатомических областей;
3. общий - тотальное поражение брюшины.

А.Н.Косинец (1997) относит абсцессы в группу осложнений перитонита, как сепсис, пневмонии и др.

Фазы развития перитонита

| К.С.Симонян | М.И.Кузин | И.А.Ерюхин |
|---|---|---|
| Реактивная - до 24 часов – гиперергическая реакция | Стадия компенса- ции функций внутренних орга- нов, характери- зующаяся пре- имущественно ме- стной реакцией на воспаление | Перитонит с от- сутствием призна- ков сепсиса |
| Токсическая – 24 - 72 часа – эндотоксический шок | Стадия субкомпенса- ции, проявляющаяся синдромом системной реакции на воспале- ние с нарушением функции 1-2 органов (легкие, почки, пе- чень). | Перитонеальный сепсис |
| Терминальная - свыше 72 часов - полиорганная не- достаточность, септический шок | Стадия декомпен- сации, полиорган- ной недостаточ- ности, характер- ная для перитоне- ального сепсиса | Тяжелый перито- неальный сепсис |
| | | Инфекционно- токсический шок (ИТШ) |

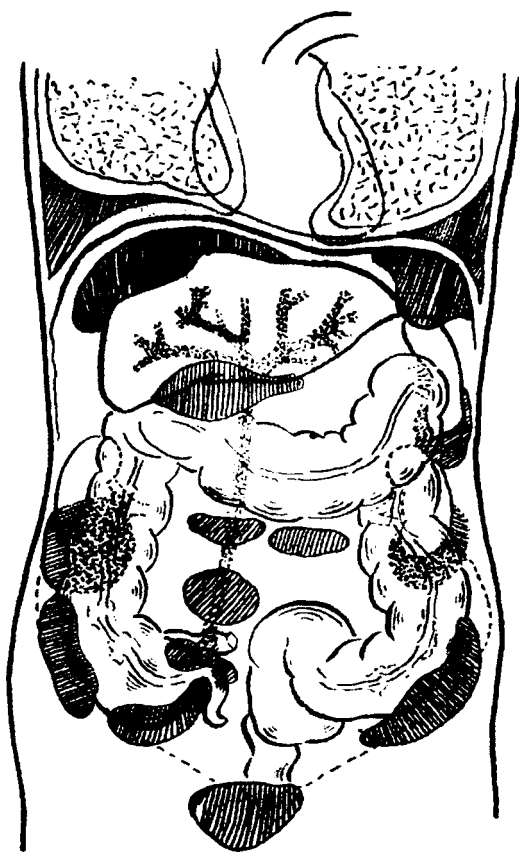


Рис. 76. Гнойники брюшной полости и забрюшинного пространства, осложняющие острый аппендицит
(Б.И.Альперович, М.М.Соловьев, 1975)

Клиника

А. Общие симптомы. Сознание обычно сохранено, в тяжелых случаях возможна эйфория.

Положение больного - вынужденное: на спине, на боку, с приведенными к животу ногами.

Кожный покров - бледность, акроцианоз.

Холодный липкий пот.

Боль в животе - самый ранний симптом по интенсивности зависит от этиологии, стадии перитонита, возраста больного и других причин.

Тошнота, рвота - вначале рефлекторная, позднее вследствие пареза желудка и кишечника обильная, с примесью тонкокишечного содержимого.

Жажда, сухой язык.

Температура тела повышена, примерно $38^{\circ} \pm 0,8^{\circ} \text{C}$.

Симптом ножниц - несоответствие между температурой тела и частотой сердечных сокращений, пульс обгоняет t° .

Б. Местные симптомы:

Общий вид живота зависит от причины и фазы течения перитонита. Может быть и втянутый в начале заболевания, и равномерно вздут при прогрессировании воспаления.

Живот в дыхании не участвует, при пальпации болезнен.

Определяется мышечное напряжение.

Перистальтика отсутствует (симптом гробовой тишины, шум плеска, шум падающей капли, при аускультации живота слышны сердечные тоны).

Симптом Щеткина – Блюмберга, признак Менделя (боль, возникающая при отрыве кисти от живота после медленного надавливания или при легком постукивании пальцами по передней брюшной стенке).

Данные ректального и вагинального исследования: болезненность передней стенки прямой кишки и сводов влагалища ("Крик Дугласа" или симптом Куленкампа). Выбухание передней стенки прямой кишки.

Признаки гиповолемии:

- беспокойство, возбуждение
- учащение дыхания
- холодная, влажная, пятнистая кожа
- частый, нитевидный пульс
- низкое пульсовое давление
- диурез менее 2 - 5 мл в час
- метаболический ацидоз

Лабораторные и инструментальные исследования:

- Лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, сгущение крови.
- Токсические изменения в моче.
- УЗИ брюшной полости - наличие свободной жидкости, утолщение кишечной стенки, отсутствие перистальтики.
- Рентгенологические методы:
- свободный газ под куполом диафрагмы; высокое стояние диафрагмы; чаши Клойбера; кишечные аркады; выпот в плевральных синусах.
- Пункция брюшной полости, лапароцентез - показаны в сложных для диагностики случаях.
- Лапароскопия всегда показана при сомнении в диагнозе, особенно при бессознательном состоянии больного.

В последнее время тяжесть заболевания принято оценивать по системе АРАСНЕ II.

Система балльной оценки АРАСНЕ II

| Показатель | Баллы | | | | | | | | |
|------------------------------|-------|----------|---------|-----------|-----------|-------|-----------|-----------|-------|
| | +4 | +3 | +2 | +1 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| Температура | ≥41 | 39-40.9 | | 38.5-38.9 | 35.9-36.9 | | 32-33.9 | 30-31.9 | <30 |
| Среднее АД | ≥160 | 130-159 | 110-129 | | 70-109 | | 50-69 | | ≤49 |
| ЧД | ≥50 | 35-49 | | 25-34 | 12-24 | 10-11 | 6-9 | | ≤5 |
| pO ₂ | | | | | >70 | 61-70 | | 55-60 | <55 |
| pH | ≥7.7 | 7.6-7.69 | | 7.5-7.59 | 7.33-7.49 | | 7.25-7.32 | 7.15-7.24 | <7.15 |
| HCO ₃ | ≥52 | 41-51.9 | | 32-40.9 | 23-31.9 | | 18-21.9 | 15-17.9 | <15 |
| ЧСС | ≥180 | 140-179 | 110-139 | | 70-109 | | 55-69 | 40-54 | <40 |
| Креатинин мг% | ≥3.5 | 2-3.4 | 1.5-1.9 | | 0.6-1.4 | | <0.6 | | |
| Гематокрит% | ≥60 | | 50-59.9 | 46-49.9 | 30-45.9 | | 20-29.9 | | <20 |
| Лейкоциты 10 ⁹ /л | ≥40 | | 20-39.9 | 15-19.9 | 3-14.9 | | 1-2.9 | | <1 |

Оценка возраста:

- <44 – 0 баллов
- 45-54 – 2 балла
- 55-64 – 3 балла
- 65-74 – 5 баллов
- >75 – 6 баллов

Влияние сопутствующих заболеваний.

Баллы добавляются в следующих случаях:

1. Цирроз печени, подтвержденный биопсией
2. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения 4 ФК
3. Тяжелая ХОЛБ (хроническая обструктивная болезнь легких)
4. Хронический диализ.
5. Иммунодефицит.

На сопутствующие заболевания терапевтическим и плановым хирургическим больным добавляется 2 балла; экстренным хирургическим больным – 5 баллов.

Тяжесть состояния больных по АРАСНЕ II и летальность (Гельфанд)

| Баллы | 0 - 5 | 6 – 10 | 11 - 15 | 16 - 20 | 21 - 25 | 26 - 30 | >30 |
|---------------|-------|--------|---------|---------|---------|---------|-----|
| Летальность % | 0 | 0 | 25% | 34% | 41% | 58.9% | 82% |

В клинике применяется также шкала Глазго.

Дифференциальная диагностика проводится как с целью выявления источника перитонита, так и экстраперитонеальной патологией: пневмония, плевриты различной этиологии, инфаркт, разрыв аневризмы аорты, болезнь Крона, миокардит, сердечная недостаточность, разрыв аневризмы брюшной аорты, хроническая ишемия органов брюшной пищеварения, заболевания нервной системы (повреждения спинного мозга, туберкулезный спондилит, остеомиелит позвоночника), эндокринные заболевания (декомпенсированный сахарный диабет, тяжелый тиреотоксикоз), инфекционные болезни (пищевые токсикоинфекции, вирусный гепатит, дизентерия, брюшной тиф), заболевания мочеполовых органов (почечная колика, пиелонефрит, гидронефроз).

При перечисленной патологии оперативное лечение в большинстве случаев не показано, а иногда и противопоказано.

Лечение перитонита

Распространенный перитонит - абсолютное показание к экстренному хирургическому лечению.

I. Предоперационная подготовка (2 - 3 часа)

Инфузионная терапия (объем зависит от возраста, стадии перитонита, сопутствующих заболеваний и др.).

Объем инфузии в ранних стадиях 1,5 - 2 л за 2 часа, при запущенных процессах 3 - 4 л за 2 часа

Плазма, полиглюкин, гемодез, солевые растворы, глюкоза, антибиотики широкого спектра.

II. Хирургическая тактика

Обезболивание - эндотрахеальный наркоз с ИВЛ и миорелаксантами.

Основные этапы:

- Срединная лапаротомия.
- Удаление патологического содержимого живота и устранение (экстратерриторизация) источника инфекции.
- Лаваж брюшной полости до «чистой воды».
- Декомпрессия и лаваж кишечника (зонд Миллера Эббота).
- Дренаж брюшной полости при отсутствии анаэробной инфекции.
- При выявлении признаков анаэробной (клостридиальной или неклостридиальной) инфекции (пузырьки газа, жировые капли, целлюлит, фасцит, миозит) показана лапаростома или программированный лаваж.
- Такая же тактика при полиорганной недостаточности в терминальной фазе перитонита.

III. Принцип ведения больных в послеоперационном периоде такой же, как и при тяжелом сепсисе:

- Адекватное обезболивание: наркотики, эпидуральная пролонгированная анестезия.
- Сбалансированная инфузионная терапия с учетом физиологических потребностей, а также потерь жидкости с рвотными массами, или при эвакуации из желудка, потерь через дренажи или кишечные свищи, потоотделения, гипервентиляция при отдышке.

При невозможности определения потерь, дефицит электролитов восполняется в количестве, превышающем в 2-3 раза суточную потребность в них.

При проведении инфузионной терапии кол-во внутривенно вводимой жидкости определяют исходя из расчета 40-45 мл жидкости на 1 кг массы тела пациента.

- Профилактика и лечение полиорганной недостаточности включает: ИВЛ, восстановление ОЦК, лечение печеночно-почечной недостаточности, выведение токсинов методом форсированного диуреза, не исключая и экстракорпоральную детоксикацию (плазмоферез, плазмо- и гемосорбция, лимфосорбция).
- Антибактериальная терапия. Лучше использовать внутривенный путь введения. Важна микробиологическая экспресс диагностика. Трехкомпонентная антибиотикотерапия (цефалоспорины последнего поколения, метронидазол, аминогликозиды или карбопенемы). После получения положительного ответа из бактериологической лаборатории, назначают антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры.
- Антицитокиновую терапию включающая:
 - моноклональные антитела против цитокинов,
 - ронколейкин (антитела против фактора некроза опухоли),
 - антитела против ИЛ-1, ИЛ-6.
- Восстановление функции ЖКТ включает: аспирацию желудочного и кишечного содержимого, стимуляцию перистальтики (прозерин, убретид, бензогексоний, препараты калия), а также раннее энтеральное зондовое питание (10-20% растворы глюкозы, легкоусвояемые растворы аминокислот, жировые эмульсии (из расчета до 160 – 210 кДж/кг массы тела в сутки, или 40-50 ккал/кг массы тела в сутки).
- Иммунная терапия
 - а) неспецифическая (пирогенал, продигозан).
 - б) специфическая (иммуноглобулин, антистафилококковая плазма, левамизол, тималин).
- Гипербарическая оксигенация при анаэробных перитонитах.

Синдром системного ответа (ССО) на воспаление (по М.И.Кузину, 2002)

Ответная реакция организма на воспаление развивается в соответствии с общими закономерностями острого воспаления. Воспалительный процесс и ответная реакция на него развиваются при участии медиаторов воспаления.

Реакция организма на воспаление, при которой не нарушаются функции жизненно важных систем организма, называется местной.

При флегмоне или гангрене пораженного органа симптомы воспаления более выраженные, появляются признаки нарушения функции жизненно важных систем организма: тахикардия, тахипноэ, гипертермия, высокий лейкоцитоз.

Реакция на тяжелое воспаление принимает системный характер и протекает как тяжелое общее заболевание воспалительной природы, вовлекающее в ответную реакцию практически все системы организма. Такой тип реакций по предложению согласительной комиссии

американских хирургов (Чикаго, 1992) называют синдромом системной реакции организма на воспаление (Systemic Inflammatory Response Syndrome – SIRS).

Диагноз SIRS устанавливается при наличии:

- 1) температура тела $> 38^{\circ}$ или $< 36^{\circ}$ С.
- 2) тахикардия - частота сердечных сокращений > 90 в минуту.
- 3) тахипноэ – частота дыхания > 20 в минуту или снижение $p\text{CO}_2 < 32$ мм рт. ст. (при ИВЛ).
- 4) лейкоцитоз $> 12 \cdot 10^9$ /л, или $< 4 \cdot 10^9$ /л, или палочкоядерный сдвиг более чем на 10%.

При наличии двух из четырех выше описанных признаков синдром оценивают как умеренной тяжести, при четырех – как тяжелый. При выявлении трех и четырех признаков ССО на воспаление риск прогрессирования болезни, развития полиорганной недостаточности резко возрастает.

При тяжелом синдроме системного ответа на воспаление летальность составляла 7%, при сепсисе – 16%, при септическом шоке – 46% (исследование в мед. центрах США).

Сепсис – очень тяжелая форма ССО на воспаление у пациентов с наличием первичного очага инфекции, подтвержденной посевом крови, при наличии признаков угнетения функции ЦНС и полиорганной недостаточности.

Септический или инфекционно-токсический шок – тяжелый сепсис при наличии синдрома гипоперфузии, гипоперфузии и падении систолического АД ниже 90 мм рт. ст. (или на 40 мм рт. ст. ниже обычного), несмотря на проводимую интенсивную инфузионную и вазопрессорную поддержку.

Прогноз. При перитоните прогноз зависит от характера основного заболевания, вызывающего перитонит, своевременности оперативного пособия адекватности интенсивной терапии и проводимого лечения. Летальность при распространенном гнойном перитоните составляет в среднем 25-30%, а при сочетании с полиорганной недостаточностью - 85-90%.

Ситуационные задачи

1. Больная 56 поступила в стационар с картиной острого холецистита на вторые сутки от начала заболевания. Общее состояние было удовлетворительным. Температура $38,1^{\circ}\text{C}$. Пульс 92 удара в минуту. Живот болезнен при пальпации только в правом подреберье, где определялось умеренно выраженное защитное мышечное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Остальные

отделы живота оставались спокойными. Больная получала консервативное лечение.

Внезапно состояние больной резко ухудшилось: появились сильные боли в животе, чувство страха, она побледнела, появились одышка и рвота, температура повысилась до 40°C . Пульс стал 120 ударов в минуту. Лейкоцитоз увеличился с $9,0 \cdot 10^9$ до $25,0 \cdot 10^9/\text{л}$. Живот вздут, определяется разлитая болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга во всей правой половине живота.

Что произошло с больной? Какова должна быть тактика хирурга? Назовите клинические симптомы синдрома системного ответа на воспаление (SIRS) у данной больной?

2. У молодой женщины внезапно возникли сильные боли в нижней половине живота справа. Боли носят постоянный характер, иррадиируют в прямую кишку. Общее состояние больной удовлетворительное, температура $38,8^{\circ}\text{C}$, пульс 100 ударов в мин. Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации брюшной стенки в правой подвздошной области она напряжена, резко болезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга определяется по всей нижней половине живота. Симптом Ровзинга - положителен. При малейшем движении больной боли в животе усиливаются. Лейкоцитов в крови $12,3 \cdot 10^9/\text{л}$.

Какое заболевание вы предположили? Какие дополнительные исследования нужно сделать? Как лечить больную?

3. Больной 29 лет доставлен вертолетом из геологической партии на 3-и сутки от начала заболевания в крайне тяжелом состоянии. Он вял, апатичен, адинамичен, с трудом вступает в контакт, не может сообщить о начале и течении заболевания. Черты лица заострены. Температура тела $39,2^{\circ}\text{C}$, пульс 132 в мин., слабого наполнения, артериальное давление 80/40 мм рт. ст. Дыхание поверхностное, до 36 в мин. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот резко равномерно вздут, при пальпации умеренно болезнен во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, печеночная тупость отсутствует. В свободной брюшной полости определяется жидкость. Перистальтика не выслушивается.

Какой диагноз вы поставите больному? Какая стадия заболевания? Как будете его лечить? каково рациональное ведение больного в послеоперационном периоде?

4. Во время операции, которая производится больному 30 лет по поводу острого аппендицита, развившегося у него на фоне вполне

удовлетворительного общего состояния, из брюшной полости выделилось большое количество прозрачной серозной жидкости. Червеобразный отросток, выведенный в рану, оказался неизмененным, дивертикул Меккеля при ревизии тонкой кишки не обнаружен. Однако на брюшине, покрывающей толстый и тонкий кишечник и брыжейку, обнаружено высыпание небольших белесоватых бугорков.

Какое заболевание у больного? Как следует поступить?

5. В клинику доставлен больной 30 лет в крайне тяжелом состоянии. Больной вял, апатичен, адинамичен, с трудом вступает в контакт. Жалуется на боли в животе, слабость, сухость во рту, жажду, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Из анамнеза удалось выяснить, что болен 4-е сутки, заболел остро в 15 часов, когда появились сильнейшие боли в эпигастрии. Ранее ничем не болел.

Температура тела $39,2^{\circ}\text{C}$. Черты лица заострены. Кожа и склеры субиктеричны. Дыхание поверхностное, 36 в минуту. Пульс 132 в минуту, слабого наполнения и напряжения, артериальное давление 80/40 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Живот резко и равномерно вздут, при пальпации умеренно болезнен во всех отделах. Симптом Блюмберга слабopоложительный по всему животу. Перистальтика отсутствует. Прослушиваются сердечные тоны. Перкуторно печеночная тупость не определяется. В течение суток больной не мочился. При катетеризации мочевого пузыря получено 100 мл мочи.

1. Для какого из заболеваний характерна данная клиническая картина?

- а) Тотальный панкреанекроз в стадии функциональных нарушений паренхиматозных органов
- б) Общий перитонит в стадии полиорганной недостаточности
- в) Странгуляционная кишечная непроходимость в III стадии
- г) Абдоминальная форма инфаркта миокарда
- д) Нижнедолевая пневмония

2. Тяжесть состояния данного больного может быть обусловлена:

- а) Гиповолемией
- б) Централизацией кровообращения
- в) Активизацией кининовой системы
- г) Бактериальной и эндогенной токсимией
- д) Повышением активности окислительно-восстановительных процессов в органах и тканях

3. Желтушность кожи и склер у данного больного является результатом:

- а) Холедохолитиаза
- б) Сдавлением холедоха отечной головкой поджелудочной железы
- в) Стенозом фатерова сосочка
- г) Острой печеночной недостаточностью
- д) Желчным перитонитом, обусловленным пропотеванием желчи через воспаленную стенку желчного пузыря

4. Имеющаяся у больного анурия может быть обусловлена:

- а) Хронической почечной недостаточностью в стадии декомпенсации
- б) Острой почечной недостаточностью, вызванной эндотоксикозом
- в) Гиповолемией
- г) Гипотонией
- д) Острым гидронефрозом

5. Назовите методы исследования, которые с большой достоверностью подтвердят предполагаемое Вами основное заболевание:

- а) Обзорная Rtg-графия брюшной полости
- б) УЗИ брюшной полости
- в) Ургентная фиброгастроуденоскопия
- г) Ургентная ирригоскопия
- д) Ургентная колоноскопия

6. Какое из заболеваний Вы поставите на первое место в качестве основного при формулировке клинического диагноза ?

- а) Острый деструктивный холецистит
- б) Острый деструктивный панкреатит
- в) Перфоративная гастродуоденальная язва
- г) Паралитическая кишечная непроходимость
- д) Перфоративный рак толстой кишки

7. Укажите стадию течения основного заболевания у данного больного в момент поступления в стационар

- а) Стадия шока
- б) Промежуточная стадия
- в) Стадия гнойных осложнений
- г) Терминальная стадия перитонита
- д) Стадия мнимого благополучия

8. Назовите факторы, имеющие возможное значение в патогенезе основного заболевания у данного больного

- а) Прием больших доз алкоголя
- б) Нарушения холестерина обмена
- в) Блокада оттока желчи и панкреатического сока
- г) Высокая кислотопродукция желудка
- д) *Helicobacter piloris*

9. Синдром полиорганной недостаточности у данного больного включает:

- а) Токсическую энцефалопатию
- б) Острую печеночно-почечную недостаточность
- в) Респираторный дистресс-синдром взрослых
- г) Кардиомиогенную недостаточность
- д) Хлоропривную тетанию

10. Ваша тактика в отношении данного больного будет следующей:

- а) Из приемного покоя доставите больного в отделение для проведения интенсивной краткосрочной предоперационной подготовки
- б) Из приемного покоя доставите больного в операционную для выполнения экстренной операции
- в) Предоперационную инфузионную терапию будете сочетать с экстракорпоральной детоксикацией
- г) Сразу после поступления больного в отделение наладите постоянную эвакуацию содержимого желудка через зонд
- д) Сделаете сифонную клизму перед операцией

11. Операцией выбора по поводу основного заболевания может быть:

- а) Холецистэктомия
- б) Ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы
- в) Мобилизация поджелудочной железы и дренирование через люмботомические разрезы
- г) СПВ
- д) Резекция желудка

12. В объем оперативного вмешательства обязательно будут включены:

- а) Лаваж брюшной полости
- б) Интраоперационный интестинальный лаваж
- в) Назогастроинтестинальная интубация и декомпрессия тонкой кишки
- г) Наложение противоестественного заднего прохода
- д) Наложение илеостомы

13. Наиболее целесообразными способами декомпрессии тонкого кишечника у данного больного будет

- а) Назогастроинтестинальный
- б) Через цекостому
- в) Через еюностому
- г) Трансанальный
- д) Через илеостому по Житнюку

14. Укажите наиболее оптимальные способы завершения операции у данного больного

- а) Брюшную полость оставите открытой в виде лапаростомы
- б) Лапаротомную рану послойно ушьете без дренирования брюшной полости
- в) Края лапаротомной раны сведете редкими кожными швами с последующими программированными санациями брюшной полости
- г) Послойное ушивание лапаротомной раны в сочетании с дренированием забрюшинной клетчатки через люмбо-томические разрезы
- д) Послойное ушивание раны с проточно-аспирационным промыванием подкожной жировой клетчатки антисептиками

15. Какие способы экстракорпоральной детоксикации Вы используете в послеоперационном периоде?

- а) Форсированный диурез
- б) Плазмаферез
- в) Гемосорбцию с овосорбом
- г) Лимфосорбцию
- д) Гемодиализ
- е) Недостаточно показаний для экстракорпоральной детоксикации

16. Какие антибиотики будете использовать в послеоперационном периоде в первые дни.

- а) Метронидазол, метрагил
- б) Клиндамицин (далацин)
- в) Кефзол, цепорин (цефалоспорины)
- г) Пенициллин

Тестовый контроль знаний

В вопросах 1 - 14 выберите наиболее правильный ответ (ответы):

1. Наиболее частой причиной перитонита является:
 - А. Послеоперационные интраабдоминальные осложнения
 - В. Закрытая травма живота
 - С. Перфорация желчного пузыря
 - Д. Кишечная непроходимость
 - Е. Деструктивный аппендицит
2. Через неделю после операции по поводу деструктивного аппендицита у больного с диагностированным абсцесс Дугласова пространства. К какому методу лечения следует прибегнуть в этом случае?
 - А. Применение антибиотиков широкого спектра
 - В. Вскрытие гнойника через аппендикулярный разрез
 - С. Пункционное лечение через прямую кишку
 - Д. Вскрытие гнойника через прямую кишку
 - Е. Вскрытие гнойника разрезом Пирогова
3. Гангренозный аппендицит тазовой локализации бывает
 - А. У детей
 - В. У беременных
 - С. У стариков
 - Д. У беременных в поздние сроки
 - Е. Как правило, у мужчин
4. Какой способ исследования наиболее информативен для диагностики абсцесса Дугласова пространства?
 - А. Ректороманоскопия
 - В. Лапароскопия
 - С. Пальцевое исследование прямой кишки
 - Д. Обзорная рентгенография брюшной полости
 - Е. УЗИ брюшной полости и малого таза
5. Какой из перечисленных органов располагается интраперитонеально, т.е. покрыт брюшиной со всех сторон?
 - А. Восходящая ободочная кишка
 - В. Нисходящая ободочная кишка
 - С. Селезенка
 - Д. Двенадцатиперстная кишка
 - Е. Поджелудочная железа

6. Наиболее активной способностью всасывания жидкости обладает:

- А. Диафрагмальная брюшина
- В. Тазовая брюшина
- С. Висцеральная брюшина
- Д. Parietalная брюшина, покрывающая переднюю брюшную стенку
- Е. Parietalная брюшина, покрывающая заднюю стенку брюшной полости

7. У 30-летнего мужчины через 10 дней после ушивания перфоративной дуоденальной язвы появились боли в правом подреберье с иррадиацией в область ключицы, кашель, гектическая температура. При пальпации отмечается болезненность в правом подреберье и по ходу нижних межреберных промежутков справа. Над нижней долей правого легкого ослабленное дыхание. Какое из заболеваний Вы заподозрите в первую очередь?

- А. Эмпиема плевры
- В. Поддиафрагмальный абсцесс
- С. Базальная правосторонняя пневмония
- Д. Межпечевой абсцесс
- Е. Несостоятельность швов ушитой кишки

8. Какой из приведенных методов исследования следует произвести для подтверждения предполагаемого заболевания в задании № 7?

- А. Бронхоскопия
- В. УЗИ
- С. Рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости
- Д. Фиброгастродуоденоскопия
- Е. Лапароскопия

9. Вы поставили правильно диагноз в задании № 7. Выберите соответствующий метод лечения для данного больного.

- А. Антибиотики в сочетании с метронидазолом
- В. Пункция или дренирование плевральной полости
- С. Лапаротомия и вскрытие абсцесса
- Д. Внебрюшинное вскрытие и дренирование абсцесса
- Е. Лапаротомия и устранение несостоятельности швов ушитой кишки

10. Какое из перечисленных заболеваний не относится к ранним осложнениям перфоративного аппендицита?

- А. Поддиафрагмальный абсцесс
- В. Абсцесс Дугласова пространства
- С. Межкишечные абсцессы
- Д. Ранняя спаечная непроходимость
- Е. Послеоперационную грыжу

11. После ушивания перфоративной язвы боли в правом подреберье с иррадиацией в надплечье, болезненность при пальпации межреберий справа внизу, высокое стояние правого купола диафрагмы с выпотом в плевральной полости, гектические размахи температуры свидетельствуют за...

- А. Гнойный холангит
- В. Эмпиему желчного пузыря
- С. Поддиафрагмальный абсцесс
- Д. Приступ печеночной колики
- Е. Послеоперационная грыжа

12. У больного, перенесшего аппендэктомию, на 5-е сутки после операции возникло ухудшение общего состояния: повысилась температура тела с гектическими размахами, в глубине таза появились умеренные боли, дизурические явления, тенезмы, лейкоцитоз. С какого из перечисленных методов исследования Вы начнете для выявления причины описанной выше картины?

- А. Хромоцистоскопия
- В. Ирригоскопия
- С. Ректороманоскопия
- Д. Пальцевое исследование прямой кишки
- Е. Анализ мочи по Нечипоренко

13. Какое заболевание является самой частой причиной перитонита у женщин после 40 лет?

- А. Острый панкреатит
- В. Острый аппендицит
- С. Острый холецистит
- Д. Острый аднексит
- Е. Острая кишечная непроходимость

14. Какие из перечисленных патофизиологических нарушений обычно не наблюдаются при разлитом перитоните?

- А. Гипокалиемия
- В. Секвестрация жидкости в "третье пространство"
- С. Уменьшение ОЦК
- Д. Увеличение ОЦК
- Е. Повышение гематокрита

В вопросах 15 - 44 выберите наилучшую комбинацию ответов по схеме:

| А | В | С | Д | Е |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| если верно только 1,2,3 | если верно только 1,3 | если верно только 2, 4 | если верно только 4 | если все правильно |

15. Для распространенного гнойного перитонита характерны:

1. Рефлекторная рвота
2. Атония кишечника
3. Напряжение мышц брюшной стенки
4. Мелена

16. По характеру экссудата перитонит бывает:

1. Серозный
2. Фибропластический
3. Гнойный
4. Карциноматозный

17. Во время операции по поводу общего гнойного перитонита хирург должен выполнить следующие манипуляции:

1. Устранить источник перитонита
2. Произвести лаваж брюшной полости
3. Осуществить декомпрессию кишечника, если диаметр тонкой кишки превышает 5 см
4. Осуществить дренирование брюшной полости

18. При диффузном распространенном перитоните могут быть:

1. Респираторный алкалоз
2. Метаболический ацидоз
3. Гипокалиемия
4. Гипопротеинемия

19. Лечение больных с тотальным перитонитом включает:

1. Восстановление дефицита жидкости и электролитов
2. Назогастроинтестинальная декомпрессия кишечника
3. Назначение метронидазола
4. Устранение источника перитонита

20. Противопоказаниями к лапаротомии у больных с диффузным распространенным перитонитом являются:

1. Инфаркт миокарда в остром периоде
2. Ишемический инсульт
3. Нарастающая острая печеночно-почечная недостаточность
4. Агональное состояние больного

21. При поддиафрагмальном абсцессе на обзорной Rtg-скопии грудной клетки и брюшной полости наблюдаются:

1. Высокое стояние купола диафрагмы
2. Ограничение подвижности диафрагмы во время дыхания на стороне поражения
3. Наличие выпота в реберно-диафрагмальном синусе
4. Серповидное просветление между печенью и диафрагмой справа

22. Внутривнутрибрюшинные абсцессы могут быть локализованы в:

1. Поддиафрагмальном пространстве
2. Полости малого сальника
3. Полости малого таза
4. Позади поджелудочной железы

23. Соматическую иннервацию имеет:

1. Брюшина диафрагмы
2. Париетальная тазовая брюшина
3. Париетальная брюшина кроме тазовой
4. Висцеральная брюшина

24. По отношению к брюшине внутренние органы могут быть расположены:

1. Интраперитонеально
2. Мезоперитонеально
3. Экстраперитонеально
4. Супраперитонеально

25. Интраперитонеально в брюшной полости расположены:

1. Желудок
2. Тонкая кишка
3. Слепая, поперечноободочная и сигмовидная кишки
4. Надампулярный (ректосигмоидный) отдел прямой кишки

26. Мезоперитонеально расположены:

1. Восходящая ободочная кишка
2. Поперечная ободочная кишка

3. Нисходящая ободочная кишка
4. Поджелудочная железа

27. При перитоните во II стадии со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдаются:

1. Гиповолемия
2. Увеличение гематокрита
3. Тахикардия
4. Анасарка

28. В зависимости от пути проникновения микрофлоры в брюшную полость выделяют:

1. Первичный перитонит
2. Асептический перитонит
3. Вторичный перитонит
4. Неклостридиальный анаэробный перитонит

29. При первичном перитоните микрофлора попадает в брюшную полость:

1. Гематогенным путем
2. Через маточные трубы
3. Лимфогенным путем
4. Через перфоративное отверстие в полом органе

30. Асептический перитонит может быть обусловлен попаданием в брюшную полость:

1. Крови
2. Мочи
3. Желчи
4. Панкреатического сока

31. По распространенности воспалительного процесса перитонит подразделяют на:

1. Местный отграниченный
2. Местный диффузный
3. Распространенный диффузный
4. Послеоперационный

32. Токсическая стадия перитонита обусловлена поступлением в общий кровоток:

1. Экзо- и эндотоксинов и ферментов, продуцируемых бактериями

2. Продуктов белковой природы, лизосомальных ферментов, протеаз, образующихся при клеточном распаде
 3. Среднемолекулярных пептидов
 4. Токсических метаболитов
33. При перитоните в стадии полиорганной недостаточности наблюдаются:
1. Респираторный дистресс-синдром взрослых ("шоковое легкое")
 2. Энцефалопатия
 3. Кардиомиогенная недостаточность
 4. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром)
34. В течении перитонита (по К.С.Симоняну) выделяют следующие стадии:
1. Реактивная
 2. Токсическая
 3. Терминальная
 4. Выздоровления
35. К особым формам перитонита относят:
1. Карциноматозный перитонит
 2. Ревматоидный перитонит
 3. Гранулематозный перитонит
 4. Гнилостный перитонит
36. Для реактивной стадии перитонита характерно:
1. Четко выраженная клиника при внезапном инфицировании брюшной полости
 2. Продолжается до 48 часов с момента развития перитонита
 3. Характеризуется наличием местной и общей защитной реакции организма
 4. Сопровождается полиорганной недостаточностью
37. К местным проявлениям защитной реакции организма при перитоните относят:
1. Отек и инфильтрация близлежащих органов и тканей
 2. Выделение брюшного экссудата, богатого лейкоцитами
 3. Выпадение фибрина
 4. Повышение фагоцитарной активности лейкоцитов и макрофагов и барьерной функции ретикулоэндотелиальной системы слизистой оболочки, брюшины, печени, селезенки

38. Показаниями для программированных релапаротомий при перитоните являются:

1. Острый диффузный распространенный перитонит в реактивной стадии
2. Послеоперационный неклостридиальный анаэробный перитонит
3. Межпетлевой абсцесс брюшной полости
4. Острый гнойный распространенный перитонит с полиорганной недостаточностью

39. Консервативная терапия при перитоните включает:

1. Антибактериальную терапию
2. Мероприятия по борьбе с паралитической кишечной непроходимостью
3. Нормализацию водно-электролитного обмена и кислотно-основного состояния
4. Предупреждение полиорганной недостаточности

40. Если у 30-летнего мужчины с явлениями раздражения брюшины брюшная стенка не участвует в акте дыхания, то Вы заподозрите:

1. Острую кишечную непроходимость в I или II стадиях
2. Перфоративную язву
3. Отечную форму острого панкреатита
4. Разрыв полого органа

41. Явления перитонита у 25-летней женщины с отсутствием перистальтики могут быть вследствие:

1. Острой механической кишечной непроходимости в I или II стадиях
2. Мезотромбоза
3. Гастрознтерита
4. Перфорации гастродуоденальной язвы

42. Боли в животе на фоне усиленной перистальтики могут быть при:

1. Свинцовой колике
2. Разрыве полого органа
3. Ущемленной внутренней грыже живота
4. Мезентериальном тромбозе и перитоните

43. Для поддиафрагмального абсцесса справа характерно:

1. Может быть осложнением острого аппендицита, перфоративной язвы, возникает после операций на желудке и желчных путях

2. Боль в правом подреберье с иррадиацией в правое надплечье
3. Положительный симптом Ортнера-Грекова справа
4. Всегда излечивается при назначении массивной антибиотикотерапии

44. Для тазового абсцесса характерно:

1. Как правило, это внутрибрюшинный абсцесс
2. У женщин локализуется только между мочевым пузырем и маткой
3. Может быть вскрыт через прямую кишку, а у женщин и через влагалище
4. Может определяться в виде опухолевидного образования над лоном или как мягкое образование, выпячивающее заднюю стенку прямой кишки

В вопросах 45 - 51 перечислены виды и распространение воспаления по брюшине. Выберите соответствующий им вид перитонита ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|---|
| 45. Воспаление занимает 4 анатомические области живота | А. Отграниченный перитонит |
| 46. Абсцесс Дугласова пространства | В. Диффузный местный перитонит |
| 47. Воспаление и экссудат локализованы в непосредственной близости от источника инфекции | С. Диффузный распространенный перитонит |
| 48. Аппендикулярный инфильтрат | Д. Тотальный (общий) перитонит |
| 49. Воспаление занимает все анатомические области живота | |
| 50. Межпетлевой абсцесс | |
| 51. Пельвиоперитонит | |

В вопросах 52 - 60 перечислены симптомы заболеваний. Выберите соответствующую им стадию перитонита ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---|--|
| 52. Эндотоксический шок | А. Реактивная стадия (компенсации) |
| 53. Респираторный дистресс-синдром взрослых | В. Токсическая стадия (субкомпенсации) |
| 54. Септический шок | С. Терминальная стадия (декомпенсации) |
| 55. Острая печеночно-почечная недостаточность | |

- 56. Токсическая энцефалопатия
- 57. Синдром системного ответа на воспаление
- 58. Синдром кардиомиогенной недостаточности
- 59. Перитонеальный сепсис и септический шок
- 60. Синдром гастроинтестинальной недостаточности

В вопросах 61 - 64 перечислены факторы, способствующие распространению или отграничению воспалительного процесса в брюшной полости. Выберите, чему соответствует каждый из этих факторов ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---|--|
| 61. Угнетение моторики кишечника | А. Способствует распространению воспалительного процесса |
| 62. Отек и инфильтрация органов в зоне воспаления | В. Способствует локализации воспалительного процесса |
| 63. Назначение клизм, слабительных | С. На распространение воспалительного процесса не влияет |
| 64. Выделение фибрина и вязкого экссудата в зоне воспаления | |

В вопросах 65 - 70 перечислены симптомы перитонита. Подберите соответствующую им распространенность процесса ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---|---|
| 65. Воспалительный процесс занимает 3 анатомические области брюшной полости | А. Местный перитонит |
| 66. Процесс ограничен полостью малого таза | В. Распространенный перитонит |
| 67. Усиление перистальтики | С. А+В |
| 68. Проведение тонов сердца и дыхательных шумов на брюшную стенку при аускультации живота | Д. Абсцесс Дугласова пространства |
| | Е. Острая обтурационная кишечная непроходимость |
| | Ф. Острая странгуляционная |

- | | |
|--|--|
| 69. Наблюдается выраженная секвестрация жидкости в "третье пространство" | кишечная непроходимость с некрозом кишки |
| 70. Лейкоцитоз со сдвигом влево | G. B + E + F I. C + D + F + E |

В вопросах 71 - 74 перечислены симптомы заболеваний. Выберите соответствующие им заболевания ("вопрос-ответ"):

- | вопрос | Ответ |
|--|--|
| 71. Выраженное напряжение мышц живота | A. Геморрагический панкреонекроз |
| 72. Резиновый живот | B. Местный и распространенный перитонит |
| 73. Симптом Куленкампа | C. Спастическая кишечная непроходимость |
| 74. Симптом Грея-Турнера | D. Внематочная беременность, разрыв маточной трубы |
| 75. Усиление перистальтических шумов кишечника | |

В вопросах 76 - 82 перечислены причины перитонита. Выберите соответствующий им вид перитонита ("вопрос-ответ"):

- | вопрос | Ответ |
|--|--------------------------------|
| 76. Попадание микрофлоры в брюшину лимфогенным путем | A. Первичный перитонит |
| 77. Попадание микрофлоры в брюшную полость через неизмененные маточные трубы | B. Вторичный перитонит |
| 78. Проникновение микрофлоры из воспалительно измененных органов брюшной полости | C. Послеоперационный перитонит |
| 79. Инфицирование брюшной полости при перфорации полых органов | |
| 80. Инфицирование брюшной полости при несостоятельности швов межкишечных анастомозов | |

81. Поражение брюшины при пневмококковой инфекции у детей
82. Поражение брюшины при болезни Крона

В вопросах 83 - 91 приведены симптомы заболеваний. Выберите соответствующие им заболевания ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|---|
| 83. Повышение температуры тела | А. Поддиафрагмальный абсцесс |
| 84. Болезненность при пальпации по ходу межреберных промежутков | В. Абсцесс Дугласова пространства |
| 85. Высокое стояние купола диафрагмы и ограничение его подвижности | С. А+В |
| 86. Лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево | Д. Спастическая кишечная непроходимость |
| 87. Доскообразный живот | Е. Перфоративная язва желудка |
| 88. Тенезмы | Ж. Острый более 6 часов аппендицит |
| 89. Дизурические явления | З. Межкишечный абсцесс |
| 90. Наличие выпота в плевральной полости | И. Абсцесс сальниковой сумки |
| 91. Не требует оперативного лечения | К. Все кроме Д |

В вопросах 92 -100 определите верно или неверно каждое из двух утверждений, далее определите верна или нет причинная взаимосвязь между ними:

| Ответ | Утверждение 1 | Утверждение 2 | Взаимосвязь между 1 и 2 утверждениями |
|-------|---------------|---------------|---------------------------------------|
| А | верно | верно | верна |
| В | верно | верно | неверна |
| С | верно | неверно | неверна |
| Д | неверно | верно | неверна |
| Е | неверно | неверно | неверна |

92. При поддиафрагмальном абсцессе часто наблюдается парадоксально высокое стояние диафрагмы на другой стороне (утверждение 1), потому что при поддиафрагмальных абсцессах резко уменьшена экскурсия диафрагмы на стороне поражения (утверждение 2).

93. Серповидная полоска воздуха под диафрагмой при закрытой травме живота указывает на повреждение желудочно-кишечного тракта (утверждение 1),
потому что
при повреждении полого органа газ проникает в свободную брюшную полость (утверждение 2).

94. Parietalная брюшина, в отличие от висцеральной, чувствительна к любому механическому и химическому воздействию (утверждение 1),
потому что
в иннервации париетальной брюшины участвуют чувствительные соматические нервы (утверждение 2).

95. При анаэробном неклостридиальном перитоните дренирование брюшной полости не показано (утверждение 1),
потому что
возможно распространение инфекции на переднюю брюшную стенку и развитие ее флегмоны (утверждение 2).

96. У больных перитонитом в стадии полиорганной недостаточности во время и после операции показано проведение перитонеального и интестинального лаважа (утверждение 1),
потому что
указанный лаваж уменьшает эндогенную интоксикацию (утверждение 2).

97. При вторичном перитоните из перитонеального экссудата чаще высевают смешанную микрофлору (утверждение 1),
потому что
вторичные перитониты часто обусловлены микрофлорой желудочно-кишечного тракта (утверждение 2).

98. Диагностика тазового перитонита представляет определенные трудности (утверждение 1),
потому что
тазовая брюшина лишена соматической иннервации (утверждение 2).

99. Острая механическая кишечная непроходимость клинически отличается от перитонита только в третьей стадии (утверждение 1),
потому что
клиника перитонита и острой механической кишечной непроходимости на ранних стадиях совершенно одинакова (утверждение 2).

100. При воспалительных изменениях тазовой брюшины отсутствует защитное напряжение мышц передней брюшной стенки (утверждение 1),
потому что
тазовая брюшина не имеет соматической иннервации (утверждение 2).

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Что такое брюшина?
2. Какие Вы знаете функции брюшины?
3. Как иннервируется париетальная и висцеральная брюшина?
4. Что такое перитонит?
5. Какие бывают перитониты по характеру выпота?
6. Какова классификация перитонитов в зависимости от распространенности воспалительного процесса?
7. Что такое диффузный перитонит?
8. Что такое отграниченный перитонит?
9. Какие стадии различают в клиническом течении перитонита?
10. Что такое синдром системного ответа на воспаление (SIRS)?
11. Какие клинические признаки синдрома системного ответа на воспаление?
12. Что характерно для реактивной стадии перитонита?
13. Каковы клинические проявления токсической стадии перитонита?
14. Каков патогенез полиорганной недостаточности при перитоните?
15. Что такое респираторный дистресс - синдром, его патогенез?
16. Какие гемодинамические изменения происходят при перитоните, и каков их патогенез?
17. К чему приводят нарушения моторики кишечника при перитоните и их патогенез?
18. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать перитонит?
19. В чем сложность диагностики послеоперационных перитонитов?
20. Каковы особенности диагностики перитонита у детей?
21. Почему при пельвиоперитоните не бывает классической клиники перитонита?
22. Назовите показания к хирургическому лечению при перитоните.
23. Каковы принципы предоперационной подготовки?
24. Принципы хирургического лечения перитонитов.
25. Назовите отличительные признаки в клинике анаэробного неклостридиального перитонита.
26. Каковы особенности хирургического лечения перитонита в стадии полиорганной недостаточности?
27. Что такое метод программированных релапаротомий, когда он применяется?
28. Как лечить абсцесс Дугласова пространства?
29. Как лечить поддиафрагмальный абсцесс?
30. Как диагностировать и лечить пельвиоперитонит гинекологической этиологии?
31. Каковы принципы консервативного лечения в послеоперационном периоде?
32. Какие основные принципы рациональной антибиотикотерапии при перитонитах?

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Анатомия прямой кишки. Если у рыб толстый кишечник вообще не дифференцируется, у амфибий и рептилий уже дифференцируется толстая /слепая/ кишка. У птиц на границе тонкой и толстой кишки имеется две слепых. Наиболее развита толстая кишка у млекопитающих. У большинства из них, кроме слепой и прямой кишок, имеется промежуточная ободочная кишка, состоящая из восходящего поперечного и нисходящего отделов, а у приматов еще и S-образного отделов.

Самая короткая прямая кишка у кроликов, собак, волков, лисиц от 2 до 5 см, у свиньи и козы - 15-18 см, у лошади - 30 см.

Вопрос о границах прямой кишки у человека до сих пор не решен. Одни авторы считают, что прямая кишка начинается сейчас же над мысом от сигмы при одновременном, сильном укорочении брыжейки. Другие считают за ее начало уровень верхнего края III крестцового позвонка, где она лишается брыжейки, так называемая "старая" и "новая" прямая кишка.

Поэтому и в литературе весьма разноречивы данные о длине прямой кишки. Авторы, считающие, что кишка начинается на уровне мыса, определяют ее длину в 16-18 см, на уровне третьего крестцового позвонка - 12-15 см.

«Старая» прямая кишка делится по длине на три части: анальная или зона сфинктеров длиной 2,5 - 4 см, точнее анальный канал, который, естественно нельзя называть кишкой; средняя, ампулярная - 8-10 см; надампулярная, покрытая брюшиной - 4 -5см.

По форме прямая кишка бывает двух видов - цилиндрическая и ампулярная. Несмотря на свое название, прямая кишка делает ряд изгибов как во фронтальной, так и в сагиттальной плоскостях. Наиболее постоянны два изгиба в сагиттальной - крестцово-копчиковый и промежностный и три - во фронтальной.

Брюшиной покрыта только надампулярная часть прямой кишки, она оканчивается сзади на уровне верхнего края III крестцового позвонка и значительно ниже опускается спереди, образуя между кишкой и мочевым пузырем ректовезикальное или дугласово пространство. Расстояние между кожей и дном дугласова пространства равно 5-6 см. Несколько иначе у женщин, где брюшина с кишки переходит на заднюю поверхность матки, образуя заднее дугласово пространство. Самая низкая часть прямой кишки спереди от простаты или влагалища отделена фасцией Денонвийе, сзади от крестца - фасцией Валдейера.

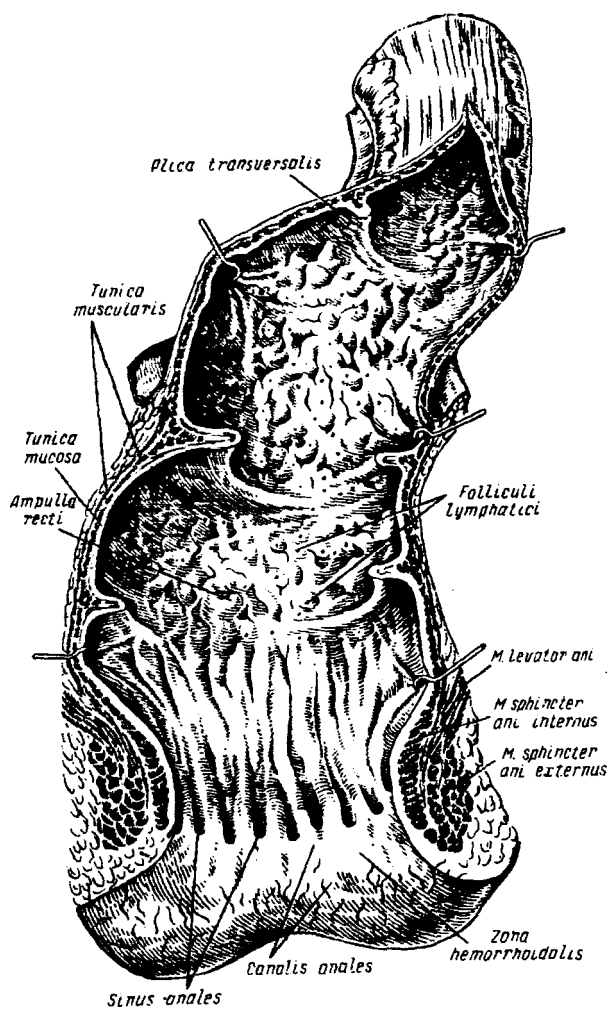


Рис. 77. Слизистая оболочка прямой кишки
(по Р.Д. Синельникову).

Мышечная стенка состоит из продольных и циркулярных волокон. Скопления циркулярных волокон приподнимают слизистую, образуя ряд складок. Наиболее постоянна складка Кольрауша на задней правой стенке в середине ампулы и сфинктер О.Берна - Пирогова - Мутье на уровне мыса. В нижней части прямой кишки на уровне белой линии гладкие мышечные волокна образуют утолщение - внутренний сфинктер. Частью волокон внутренний сфинктер переплетается с наружным, частью прикрепляется к сухожильному центру промежности. В области марганевых столбиков в подслизистом слое имеется мышца Трейца.

Среди мышц, сжимающих задний проход, важная роль принадлежит наружному сфинктеру. Это кольцевидная несколько вытянутая в переднезаднем направлении мышца, которую, как в анатомическом, так и в функциональном отношении можно разделить на три порции. Наиболее поверхностно расположена подкожная порция сфинктера. Волокна этой порции прикрепляются непосредственно к коже впереди и сзади заднего прохода. Вторая порция - поверхностная - расположена несколько глубже первой. Начинается от задней поверхности копчика и прикрепляется к сухожильному центру промежности. Третья - глубокая - прикрепляется сзади к копчику, спереди сливается с луковично-пещеристой мышцей у мужчин и с констриктором влагалища у женщин. Сейчас имеется тенденция различать только две порции - поверхностную и глубокую.

Важную роль играет также парная мышца, поднимающая задний проход, прямая мышца. Каждая мышца в отдельности имеет вид треугольника. Основание треугольника прикрепляется к сухожильной линии или дуге фасции малого таза. Эта линия идет от нижней точки симфиза до седалищной кости. Мышцу, поднимающую задний проход, Старков предложил делить на три части: подвздошно-копчиковый пучок, лонно-копчиковый и лонно-прямокишечный. Выделяют петлевой подвздошно-ректальный пучок, играющий важную роль в функции держания кала и газов. На протяжении надампулярной части и ампулы слизистая оболочка имеет продольные и поперечные складки (клапаны). Наиболее крупными из них являются две или три расположенные поперечно, чаще всего на заднелевой стороне ампулы на высоте 4-5 см и 8-9 см, называемые заслонками Гаустона и Кольрауша. Постоянными продольными складками прямой кишки у человека являются морганиевы валики, столбики. Их число в среднем 8-10. Углубления между валиками называют морганиевыми пазухами, синусами, криптами. В нижней части морганиевы валики соединены между собой складками слизистой оболочки, носящих название полу-

лунных морганиевых заслонок, в карманах которых открываются анальные железы.

Ниже синусов расположен круговой валик, соединяющий продольные возвышения слизистой - нижнюю часть морганиевых столбиков. Этот валик является наиболее выступающей частью внутреннего сфинктера и называется **гребешком** - *pecten*. Выше гребешка расположены основания морганиевых столбиков и крипт с полулунными складками, создающими зубчатую или гребешковую линию - заслонки Болла. На уровне этой линии происходит постепенный переход цилиндрического эпителия слизистой прямой кишки в многослойный плоский анального канала. Эта линия еще называется **анаректальной линией**. Ниже гребешковой линии идет узкая 0,5-0,7 см полоска белой кожи, которая называется **белой линией**, переходной складкой или линией Хилтона. Эта линия лишена сальных, потовых желез и волосяного покрова. Кнаружи белая линия переходит в собранную в радиальные складки пигментированную кожу заднего прохода.

Кровоснабжение прямой кишки обеспечивается пятью артериями.

Непарная верхняя геморроидальная артерия - является конечной ветвью также непарной нижней мезентериальной артерии. Ветви ее идут по задней поверхности прямой кишки и разветвляются по ее стенкам. Ветви ее участвуют в снабжении кровью - справа на 7, 11 часов, слева - одним стволиком на 3 часа дистальной части сигмы.

Парная средняя геморроидальная артерия является ветвью подчревной артерии или внутренней срамной артерии. Ветви ее разветвляются в нижней части ампулы прямой кишки.

Нижняя /парная/ геморроидальная артерия отходит от срамной артерии в седалищно-прямокишечной ямке и снабжает кровью анальный канал кишки.

Вены.

Одноименные вены идут параллельно соответствующим артериям. Все вместе они образуют венозное сплетение прямой кишки. Следует различать два сплетения. Наружное - образует венозную сеть в окружающей клетчатке и в мышечном слое, и внутреннее - оно располагается в подслизистом слое. Из венозной сети прямой кишки образуются венозные стволы. Верхняя прямокишечная вена идет с верхней геморроидальной артерией, впадает в нижнюю брыжеечную вену и несет кровь через воротную вену в печень. Средние и нижние прямокишечные вены, как и вены других внутренностей малого таза изливают кровь через подчревные вены в подвздошные и в нижнюю полую вену. Thomson /1975/ показал, что сосудистая ткань сконцентрирована на 4, 7, 11 часов. Эти сосудистые подушки находятся в подслизистой и поддерживаются

соединительной тканью и гладкой мышцей (Трейца), после разрыва которой сосудистая ткань пролабирует, возникает геморрой.

Иннервация. Кожа области заднего прохода и произвольные мышцы прямой кишки иннервируются корешками 3-4-5 крестцовых нервов.

Физиология прямой кишки. Деятельность толстого кишечника тесно связана с функционированием всего организма.

Как известно, у человека за сутки из тонких кишок в толстые переходит около 4000 г пищевой кашицы (химуса). Из 4 л химуса в толстых кишках остается 150-200 сформированного кала. Он состоит из остатков непереваренной пищи, из продуктов жизнедеятельности кишки и из живых и мертвых бактерий. Количество бактерий занимает значительную часть кала - до 50% и более.

Важнейшими функциями прямой кишки и анального канала являются:

- 1) резервуарная - накапливание и удержание каловых масс;
- 2) эвакуаторная, т.е. акт дефекации;
- 3) всасывательная.

А.М.Аминев большое значение придает типу дефекации. Он выделяет два основных типа дефекации: одномоментный и двух- или многомоментный тип. При первом типе дефекация совершается одномоментно, быстро. При втором - после нескольких напряжений брюшного пресса выбрасывается все содержимое, скопившееся в прямой кишке. Но не ощущается полного опорожнения кишечника. У человека остается чувство неудовлетворенности, незаконченности. Через несколько минут появляется повторный, настоятельный позыв на дефекацию. Выбрасывается вторая порция содержимого кишечника. Объясняется это особенностями нервной системы, а также формой кишки. При ампулярной кишке весь кал скапливается в ампуле и выбрасывается одномоментно. При цилиндрической форме прямой кишки чаще наступает двухмоментная дефекация. Последняя, как считает Аминев, способствует возникновению некоторых заболеваний прямой кишки. Двух- и многомоментные акты дефекации, которые длятся иногда до 15-30 и более минут способствуют, по его мнению, расширению венозной сети прямой кишки, ведут к растяжению подвешивающего аппарата, способствуя возникновению геморроя, выпадению прямой кишки и т.д.

Исследование прямой кишки

Осмотр. При помощи простого осмотра можно обнаружить воспалительные явления при парапроктитах, свищи, наружные геморроидальные узлы, опухоли и т.д. При подозрении на трещину осмотр производится следующим образом: необходимо взять две марлевые салфетки, положить с боков от заднего прохода и пальцами, положенными на салфетки, растягивать кожу. Больной при этом должен слегка натужиться. При выпадении заднего прохода или внутреннем геморрое надо попросить больного натужиться над судном или тазом. Но лучше всего осмотр в таких случаях производить в туалетной комнате, где в естественных для дефекации условиях не влияют на больного никакие сдерживающие моменты.

Пальцевое исследование

«*Medicus sapiens semper digitum in ano tenet*».

Это древнее выражение переводится так: "Медик умный всегда свой палец в задний проход введет". Не исследовав прямую кишку пальцем, мы можем за безобидный геморрой принять рак прямой кишки, ранения ампулы, стенозы кишки, воспалительные процессы в стенке кишки и параректальной клетчатке не могут быть распознаны без этого исследования. Даже при кишечной непроходимости симптом Грекова или Обуховской больницы поможет нам выяснить причину страдания больного.

В зависимости от предполагаемой болезни больной занимает или коленно-локтевое положение, или на боку, или на корточках. На правую руку надевают перчатку, смазывая палец вазелином. Вводя палец в прямую кишку, обращают внимание на тонус и толщину сфинктера, наличие уплотнений, опухолей, состояние костных стенок малого таза, предстательную железу, матку у женщин. Иногда исследование прямой кишки дополняется чрезвлагалищным исследованием. Приходится другой раз производить и исследование по Отту - это сочетанный метод исследования прямой кишки и влагалища двумя пальцами.

Кроме выше указанных методов широко используются врачами некоторые аппараты для исследования прямой кишки. Это различные варианты аноскопа, предложенные впервые Beusande. К таким приборам относятся сфинктероскоп, аноскоп и малый и большой проктоскопы, ректоросигмоскопы, в т.ч. с волоконной оптикой. Название зависит от длины тубуса, типа оптики. Аминев считает противопоказанной ректороманоскопию при чрезмерной кровоточивости прямой кишки, при стриктурах ее, при перитонитах, тяжелых декомпенсациях сердечно-сосудистой деятельности, психозах, при остром геморрое.

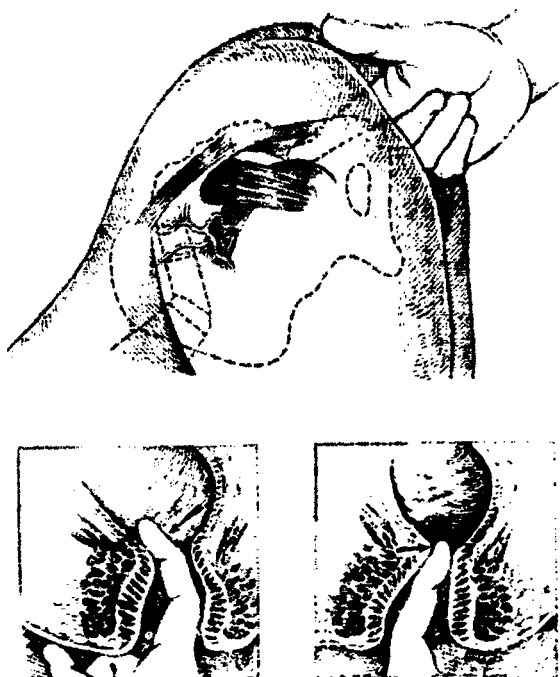


Рис. 78. Пальцевое исследование прямой кишки

Вышеуказанные методы исследования применяются почти всем больным, которые предъявляют жалобы на боли или нарушение деятельности прямой кишки. Несколько реже применяют рентгенологические методы исследования (по показаниям). Чаще для полноты исследования в прямую кишку вводят контрастное вещество, реже воздух. Только в специальных проктологических отделениях используются дополнительные методы исследования: сфинктерометрия, электромиография и др.

М К Б 10

| | |
|------------|--|
| | Заболевания прямой кишки. |
| К60 | Трещина и свищ области заднего прохода и прямой кишки |
| К60.0 | Острая трещина заднего прохода |
| К60.1 | Хроническая трещина заднего прохода |
| К60.2 | Трещина заднего прохода неуточненная |
| К60.3 | Свищ заднего прохода |
| К60.4 | Прямокишечный свищ |
| К60.5 | Аноректальный свищ (свищ между прямой кишкой и задним проходом) |
| К61 | Абсцесс области заднего прохода и прямой кишки |
| К61.0 | Анальный [заднепроходный] абсцесс |
| К61.1 | Ректальный абсцесс |
| К61.2 | Аноректальный абсцесс |
| К61.3 | Ишиоректальный абсцесс |
| К61.4 | Интрасфинктерный абсцесс |
| К62 | Другие болезни заднего прохода и прямой кишки |
| К62.0 | Полип анального канала |
| К62.1 | Полип прямой кишки |
| К62.2 | Выпадение заднего прохода |
| К62.3 | Выпадение прямой кишки |
| К62.4 | Стеноз заднего прохода и прямой кишки |
| К62.5 | Кровотечение из заднего прохода и прямой кишки |
| К62.6 | Язва заднего прохода и прямой кишки |
| К62.7 | Радиационный проктит |
| К62.8 | Другие уточненные болезни заднего прохода и прямой кишки |
| К62.9 | Болезнь заднего прохода и прямой кишки неуточненная |
| С19 | Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения |
| С20 | Злокачественное новообразование прямой кишки |
| С21 | Злокачественное новообразование заднего прохода [ануса] и анального канала |
| С21.0 | Заднего прохода неуточненной локализации |
| С21.1 | Анального канала |
| С21.2 | Клоакогенной зоны |
| С21.8 | Поражение прямой кишки, заднего прохода [ануса] и анального канала, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций |

Геморрой

С древних времен до конца прошлого столетия в медицине под этим термином имели в виду кровотечение из всех других органов, а также истечение всех других жидкостей.

История. Это заболевание было известно в Вавилонской империи около 4200 лет назад. В XX веке до н. э. самые знаменитые врачи, которые лечили геморрой, были внесены в кодекс Хаммураби.

Амбураз Паре /XVI в./ считал, что умеренные кровотечения облегчают состояние больных при меланхолии, проказе, сужении заднего прохода.

F.Salmon /1829г./ предложил делать продольные разрезы вдоль узла, соединяющиеся снаружи. Каждый узел препарировался, а его ножка перевязывалась сверху.

Дословный перевод этого слова означает истечение крови. А вообще, **геморрой**, *varices haemorrhoidales*, как заболевание, представляет собой варикозное расширение вен геморроидальных сплетений, сопровождающееся определенными клиническими симптомами.

Анатомы различают наружное или нижнее, и внутреннее или верхнее геморроидальные сплетения. Первое, расположенное под кожей анального канала, дренируется через нижнюю и среднюю прямокишечные вены в систему нижней полой вены. Верхнее или внутреннее и часть ветвей нижнего через верхнюю прямокишечную вену дренируется в систему воротной вены. Границей между наружным и внутренним геморроидальным сплетением со стороны слизистой прямой кишки является зубчатая или гребешковая линия.

В зависимости от того, в каком сплетении наблюдаются узлы, мы говорим о наружном покрытом кожей или внутреннем покрытом слизистой геморрое, который старые русские врачи называли словом "почечуй".

Этиология и патогенез геморроя. С несомненностью установлено, что имеется два ряда причин геморроя: врожденные, которые можно назвать предрасполагающими, и последующие экзогенные и эндогенные влияния, которые можно назвать выявляющими условиями или причинами. Расшифровывая эти факторы, можно перечислить следующие основные причины:

1. Отсутствие клапана у отводящих вен геморроидального сплетения.
2. Длительное пребывание людей в стоячем или сидячем положении при редких сокращениях тазовых и ягодичных мышц. Считалось, что сидение действует как согревающий компресс, вызывающий геморрой. По этому поводу следует отметить, что статистика не подтверждает укоренившийся с прошлых столетий взгляд о том,

- что геморрой наблюдается преимущественно у людей, работающих в сидячем положении и ведущих сидячий образ жизни.
3. Кавернозные тела анального канала на 3, 7, 11 часов (артериовенозные шунты).
 4. Часто возникающие резкие напряжения во время работы приводят к повышению внутрибрюшного кровяного давления
 5. Длительные, упорные запоры.
 6. Привычка к острой и пряной пище, вызывающей гиперемию тазовых органов, алкоголь.
 7. Секс, разрыв мышц Трейца в подслизистом слое
 8. Заболевания органов малого таза (воспаления, опухоли), обуславливающие механическое сдавливание вен отводящих.
 9. Длительные спазмы сфинктера при хронических катаральных колитах или трещинах заднего прохода.
 10. Общие заболевания, приводящие к застою крови в системах полых или воротной вен (портальная гипертензия, нарушение кровообращения).
 11. Беременность и роды.
 12. Нельзя не учитывать мнение А.М.Аминева о влиянии патологии дефекации на происхождение геморроя. Он считает, что длительная двух- и многомоментная дефекация может играть роль выявляющего фактора. Он приводит данные Хитовой, что если в норме двухмоментная дефекация имеет место у 20-25% людей, то у страдающих геморроем она наблюдается у 84%. Поэтому он предлагает новый и своеобразный метод профилактики геморроя - устранение многомоментной дефекации и выработка естественной и нормальной одномоментной дефекации. Совет: лучше кратковременно 2-3 раза сходить на унитаз, чем длительные восседания при таком типе дефекации.

Клиническая картина хронического геморроя.

Чаше всего страдают геморроем люди среднего и пожилого возраста. Наиболее часто заболевание начинается в возрасте 20-30 лет, но наибольшее число первичных обращений приходится на возраст 31-40 лет. Происходит это потому, что первые признаки заболевания - тяжесть, набухание незначительные ноющие боли в заднем проходе могут длительное время быть вне сферы внимания больного.

Женщины болеют в несколько раз реже людей мужского пола. 78% всех больных составляют мужчины и только 22% женщины.

Как только проявляются осложнения геморроя - кровотечение, выпадение, острый геморрой, только тогда больные обращаются к врачу.



Рис. 82. Геморроидальные узлы, появившиеся после натуживания



Рис. 83. Выпадение геморроидальных узлов при натуживании. Хорошо виден также prolapsus ani



Рис. 84. Острое воспаление внутренних геморроидальных узлов

Хронический геморрой

Самое частое осложнение варикозного расширения геморроидальных вен — кровотечение. Оно чаще бывает из подслизистых узлов вследствие изъязвления или травматизации последних. Наступает кровотечение, как правило, при дефекации, когда анальное кольцо расслаблено, а давление в геморроидальных венах повышено. После дефекации вена спадается и кровотечение прекращается. При этом количество крови, теряемой при дефекации различно: от красных полосок на каловых массах до истечения струей с потерей 50 и более мл крови. Иногда можно заметить, из какой точки или узла вытекает кровь. Нередко кровотечение наступает при воспалении варикозно расширенного узла. Частые повторные кровотечения нередко приводят к тяжелым анемиям. Описаны наблюдения с истощающими кровотечениями, Hb был на уровне 8%. Мы наблюдали случаи геморроя, когда гемоглобин падал до 28-30%.

Кровотечения также дают полипы, раки, неспецифический язвенный колит и др.

Особенности геморроидального кровотечения заключаются в следующем. Свежая алая кровь вытекает струей во время дефекации или покрывает кал в виде полосок, редко кровь выделяется в виде сгустков, только если кровоточат надсфинктерные узлы. Следует помнить, что у каждого 8-го больного ректальное кровотечение обусловлено более серьезными причинами. Традиционная классификация НИИ проктологии разделяет хронический геморрой на III стадии (В.Д.Федоров).

I. Узлы пролабируют во время дефекации, самостоятельно вправляются.

II. Узлы необходимо вправлять руками.

III. Узлы выпадают при малейшей физической нагрузке, во время акта дефекации. По классификации Мейо различают IV стадии. Первая, когда узлы остаются в пределах анального канала, а вторая, третья, четвертая соответствует I, II, III стадии по НИИ проктологии.

Острый геморрой

I степень: узлы небольшие, эластической консистенции, расположены ниже гребешковой линии, легкая гиперемия периаанальной кожи, зуд, жжение.

II степень: отек, гиперемия периаанальной кожи. Резко болезненны пальпация и пальцевое исследование. Беспокоят сильные боли в области анального канала, особенно при движении, в положении сидя и т.д. Повышается t, потеря трудоспособности.

III степень: вся окружность заднего прохода занята "воспалительной опухолью". Резкая болезненность. Пальцевое исследование

невозможно. Видны багровые или синюшно-багровые внутренние узлы, местами с участком некроза. Слизистая изъязвлена, покрыта фибрином. Высокая лихорадка, больные подлежат госпитализации.

Острый геморрой наблюдается довольно часто. Обычно наступает после какого-нибудь провоцирующего момента - неумеренного приема алкоголя, после тяжелой работы, половых излишеств. Воспалительный процесс может захватить один или несколько узлов, а иногда воспаленные узлы принимают вид крупных, расположенных по окружности анального отверстия, опухолей. При этом в умеренной степени нарушается общее состояние больного, появляется субфебрильная температура, больному больно сидеть, резкая болезненность при дефекации. Часто воспаление геморроидальных узлов сопровождается тромбофлебитом вен прямокишечного сплетения, однако крупных тромбов, как считают многие, при этом обычно не бывает. Резкое увеличение - отек узлов - которое приводит нередко к их выпадению обусловлено в основном отеком и инфильтрацией межтканевой ткани узлов. Выпавшие воспаленные и тромбированные узлы могут имитировать ущемление, хотя задний проход при этом несколько сужается, затем наступает некроз тромбированных узлов. Причем, омертвление вследствие тромбоза геморроидальных вен может распространиться на подкожные узлы и даже на кожу. При этом состояние больных резко ухудшается, температура достигает 38-40°, больные не могут ходить, их беспокоят распирающие боли в области заднего прохода, больные по-несколько дней задерживают стул из-за болей, наступают рефлекторные нарушения мочеиспускания, они лишаются сна, аппетита, становятся тяжелобольными.

Следует сразу отметить, что чем дольше протекает геморрой, тем чаще возникают перечисленные осложнения. В значительной мере играет роль и культура больного.

Лечение хронического геморроя.

Показания к хирургическому лечению ставятся при II - III ст., т.е. при частых кровотечениях, анемии. Противопоказано при нарушении мозгового кровообращения.

1. Лекарственная терапия (нормализация стула, устранение вредных привычек (алкоголь и др.), флеботонические препараты (венорутон, гливенол, детралекс), местно - ауробин, ультрапрокт, проктогливенол, релинор, при кровотечении местно препараты из фибриногена и тромбина: адроксон, берипласт, тахокомб, спонгостан).

2. Склеротерапия (2-3% тромбовар, этоскисклерол).

3. Криотерапия.

4. Фототерапия.

5. Лигирование шайбой.

6. Хирургическое лечение (перевязка, иссечение узлов, операция Миллигана-Моргана (закрытая, открытая), подслизистая геморроид-эктомия).

При остром геморрое вначале консервативное лечение (ванночки, диета, свечи с белладонной, анестезином, гепарином). В последнее время часто оперируют и острый геморрой после затихания процесса.

Надо помнить о вторичном геморрое, обусловленном нарушением венозного (портального оттока), когда операция не показана.

Thomson: "Геморроидальные узлы являются нормальной, анатомической структурой и не следует их удалять при отсутствии клиники геморроя".

Острый парапроктит

Острый парапроктит (в МКБ – абсцесс) – остро воспаление окологректальной клетчатки.

Вызывается чаще всего смешанной микрофлорой (неспецифический), различают также специфический (туберкулез и др.) и анаэробный неклостридиальный (гнилостный) и клостридиальный.

Воротами считаются анальные железы, открывающиеся в анальных криптах. Среди других причин различные травмы, острый геморрой и т.д.

По локализации наблюдаются подкожные, подслизистые, ишеоректальные (ниже леваторов) пельвиоректальные (выше леваторов), ретроуретральные.

Клинически подкожный парапроктит проявляется болями в области заднего прохода, промежности, боли пульсирующие, резко усиливаются во время дефекации, что вызывает задержку стула из-за боязни дефекации, t° повышается до 38° и выше, могут быть ознобы. Наблюдается гиперемия кожи и отек в области воспаления.

Затем наступает размягчение. Гнойник вскрывается самостоятельно, но, как правило, полного выздоровления не наступает, в 2/3 наблюдается переход в хронический парапроктит.

Подслизистый парапроктит встречается редко, протекает легче. субфебрильная t° , умеренные боли при дефекации. Чаще вскрывается самостоятельно и больной выздоравливает, реже гной спускается ниже, в подкожную клетчатку и возникает подкожный парапроктит.

Седлишно-прямокишечный парапроктит занимает второе место по частоте после подкожного. Наблюдаются выраженные общие симптомы: слабость, ознобы, нечетко локализованные боли в области таза, промежности, постепенно ухудшающееся состояние больного, $t^{\circ} - 40^{\circ}\text{C}$ и выше, наступает нарушение дефекации, мочеиспускания. Местные явления – отечность, гиперемия появляются поздно, на 5-6 день. Лучший метод диагностики пальцевое исследование прямой кишки.

Тазово-прямокишечный (пельвиоректальный) парапроктит – самая тяжелая форма заболевания. Общие симптомы развиваются медленно. Продолжительность заболевания зависит от своевременной диагностики, иногда достигает нескольких недель. Боли трудные, без четкой локализации, выраженные тазовые расстройства, тенезмы.

Тазово-прямокишечные гнойники часто наблюдаются урологами, инфекционистами, трактуются как сепсис неясной этиологии и могут закончиться летальным исходом, если вовремя не прооперировать больных.

Лишь анамнез, пальцевое исследование и УЗИ может способствовать своевременной диагностике.

Операция при подкожном абсцессе - радиальный разрез от пораженной анальной крипты продолжается на кожу.

При седалищно-прямокишечном гнойнике применяют полулунные разрезы, при этом следует сохранить волокна наружного сфинктера.

При тазово-прямокишечном абсцессе гнойник вскрывается как наружным доступом – полулунный разрез, так и через прямую кишку.

В последние годы вскрытие гнойника дополняется обработкой внутреннего отверстия в области крипты и дозированной сфинктеротомией.

После операции первые 3 суток бесшлаковая диета, стул вызывают на 3-4 сутки (вазелиновое масло, допустима и клизма).

Хронический парапроктит (свищ прямой кишки) является следствием острого парапроктита и характеризуется наличием внутреннего отверстия в кишке, свишевого хода с перифокальными воспалительными и рубцовыми изменениями в стенке кишки и клеточных пространствах таза, а также наружного отверстия (отверстий) на коже промежности (В.Д.Федоров, Ю.В.Дульцев).

Как правило, свищи возникают в связи с запоздалым лечением острого парапроктита. Наиболее частый вариант – полые свищи, которые открываются в прямую кишку и на кожу.

Клинически различают интрасфинктерные свищи – подслизистые или подкожно-подслизистые, транс-(через-) сфинктерные и самые сложные экстрасфинктерные свищи прямой кишки.

Для уточнения диагноза применяют зондирование, введение красителя в свищ (для определения внутреннего отверстия), фистулография.

Лечение хирургическое. Применяют простое рассечение свища, иссечение в просвет прямой кишки (способ Габриэля). При транс- и экстрасфинктерных свищах весьма сложные методы иссечения с дозированной сфинктеротомией.

До сих пор применяется лигатурный способ Гиппократата. Рецидивы, к сожалению, даже в специализированных учреждениях достигают 10%. Нередко возникает недостаточность сфинктера, особенно при применении лигатурного метода.

Анальная трещина занимает второе место среди заболеваний прямой кишки после геморроя, а в структуре проктологической заболеваемости шестое. Более 60% больных – женщины.

Трещина представляет собой дефект стенки заднепроходного канала линейной или треугольной формы, который располагается на 6 или 12 часов вблизи гребешковой линии и распространяясь выше и ниже неё. При длительном существовании трещины чаще в области внутреннего её края появляются участки избыточной ткани – анальные бугорки, пограничные бугорки.

Клинически проявляется резкой болью во время и после дефекации и спазмом сфинктера, который может длиться часами. Третий симптом – скудное кровотечение во время дефекации, чаще в виде полоски или капли крови на каловых массах.

Лучше всего трещину можно обнаружить при осмотре стенок заднепроходного канала или в зеркалах.

Консервативное лечение успешно у 70% больных. Нормализация стула, туалет промежности, дефекации, свечи, содержащие спазмолитики, инъекции местных анестетиков.

При наличии «сторожевого» бугорка консервативная терапия неэффективна. Операция иссечения трещины дополняется одним из вариантов дозированной сфинктеротомии.

Рецидив после операции 6-10%, после сфинктеротомии результаты лучше.

Полипы и рак прямой кишки

Полип - опухоль на ножке или широком основании, свисающая из стенок полого органа в его просвет, независимо от микроскопического строения.

У взрослого населения частота полипов ЖКТ варьируется от 1 до 80%. Первое место по частоте локализации занимает желудок, затем прямая и ободочная кишка. Полипы чаще локализуются в левой половине толстой кишки (73,5%), преимущественно в прямой и сигмовидной кишках.

Классификация

1. *Воспалительные полипы* - разрастания слизистой оболочки в ответ на острое воспаление. Их относят к псевдополипам (ложным), а не к неопластическим образованиям.

2. *Гиперпластические полипы* - опухоли маленького размера, не имеющие большого клинического значения, чаще их обнаруживают в прямой кишке (в 50% случаев полипов толстой кишки у взрослых больных). Гиперпластические полипы - наиболее часто встречаю-

щийся вид полипов у взрослых. Их не относят к неопластическим образованиям.

3. *Гамартмные полипы* образуются из нормальных тканей в необычном их сочетании или при непропорциональном развитии какого-либо тканевого элемента. Юношеские полипы (как Пейти-Егерса) - наиболее характерные представители гамартмных полипов ободочной кишки, их также не относят к неопластическим образованиям.

4. *Аденоматозные полипы* - предраковое заболевание. Вероятность малигнизации аденоматозных полипов зависит от размера (см. таблицу 1) и типа полипов.

а) *Тубулярные (трубчатые) аденомы* - образования характерного розового цвета с гладкой плотной поверхностью.

б) *Ворсинчатые аденомы* характеризуются наличием множественных ветвеподобных выростов на своей поверхности. Как правило, это образования мягкой консистенции на широком основании. Обычно течение бессимптомное, но иногда могут быть водянистый стул с примесью темной крови и гипокалиемия. Вследствие выраженной насыщенности ворсинчатых аденом клетками они подвержены риску малигнизации в большей степени, чем тубулярные аденомы.

в) *Трубчатые аденомы* состоят из элементов как трубчатых, так и ворсинчатых аденом.

Вероятность малигнизации аденоматозных полипов

| Размеры полипа | Вероятность малигнизации |
|-----------------------|---------------------------------|
| < 1 см | 1% |
| 1-2 см | 10% |
| > 2 см | 30 - 40% |

Злокачественное перерождение. Приблизительно в 95% случаев колоректальный рак возникает из полипов. Сроки, в течение которых из полипа может возникнуть рак, колеблются от 5 до 15 лет.

Лечение. Полипы можно удалять при помощи методики эндоскопической полипэктомии.

Синдромы полипоза

Диффузный семейный полипоз – аутосомное доминантное заболевание, характеризующееся наличием более 100 аденоматозных полипов в ободочной и прямой кишке. Приблизительно 50% детей у родителей, пораженных семейным аденоматозным полипозом, наследуют это заболевание. У нелеченных больных это заболевание становится фатальным, поскольку после 40 лет у 100% больных развивается рак.

Лечение семейного аденоматозного полипоза хирургическое.

1) Проктоколэктомия - удаление всех отделов толстой кишки с одновременной экстирпацией прямой кишки.

2) Колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки. Синдром Гарднера - разновидность семейного полипоза. Характеризуется полипозом ободочной и прямой кишок. При этом полипы нередко встречаются в тонкой кишке и желудке. Кроме этого, при синдроме Гарднера полипозу сопутствуют следующие симптомы:

а) Остеомы (обычно нижней челюсти и костей черепа).

б) Кисты.

в) Опухоли мягких тканей.

г) Десмоидные опухоли брюшной стенки и брыжейки кишки.

д) Аномалии зубов.

е) Периампулярный рак.

ж) Рак щитовидной железы.

Синдром Пейтца-Егерса - аутосомное доминантное заболевание.

Клиническая картина:

1) Гамартомные полипы по всему ЖКТ.

2) Пигментация кожи и слизистых оболочек в области щек, губ и на пальцах.

Лечение - удаление полипов, проявляющихся клиническими симптомами. Резекцию кишки необходимо выполнять как можно реже и в минимальном объеме.

Синдром Тюрко - семейный полипоз в сочетании со злокачественными опухолями ЦНС.

Синдром Кронкхайта-Кэнада - редкое сочетание полипов кишечника с алопецией, гиперпигментацией и атрофией ногтей.

Рак ободочной и прямой кишок

В США рак ободочной и прямой кишки занимает второе место после рака легкого у мужчин и рака молочной железы у женщин. В Беларуси – третье место после рака легких и рака молочной железы.

В последние годы появилась тенденция к увеличению количества больных раком проксимальных отделов ободочной кишки. Пик заболеваемости приходится на больных старше 60 лет.

Факторы риска.

А. Диета

1. Высокое содержание в рационе мяса и уменьшение клетчатки и животного жира ускоряет рост кишечных бактерий, вырабатывающих канцерогены. Этот процесс способны стимулировать соли желчных кислот. Природные витамины А, С и Е инактивируют канцерогены.

ны, а турнепс и цветная капуста индуцируют экспрессию бензспирен гидроксилазы, способной инактивировать канцерогены.

2. Высока частота колоноректальных карцином среди работников асбестных производств, лесопилок.
- Б. Генетические факторы
- В. Прочие факторы риска:
 1. Язвенный колит давностью более 10 лет (10% риск);
 2. Болезнь Крона;
 3. Рак, аденома толстой кишки в анамнезе;
4. Синдром полипоза: диффузный семейный полипоз, одиночные и множественные полипы, ворсинчатые опухоли;
 5. Рак женских гениталий или молочной железы в анамнезе;
 6. Синдром семейного рака;
 7. Иммунодефициты.

Гистология (ВОЗ, 1976)

1. аденокарцинома (высоко-, умеренно-, низкодифференцированная);
2. муцинозная аденокарцинома (слизеобразующий, слизистый, коллоидный рак);
3. перстневидно-клеточный рак (мукоцеллюлярный);
4. недифференцированный (солидный) рак;
5. неклассифицируемый рак.

Кроме того в прямой кишке и в анальном канале наблюдаются:

6. плоскоклеточный рак (ороговевающий и неороговевающий);
7. железисто-плоскоклеточный рак;
8. базально-клеточный (базалиоидный) рак – вариант плоскоклеточного рака.

Классификация TNM

T - первичная опухоль

T_x – недостаточно данных для оценки первичной опухоли

T₀ – первичная опухоль не определяется

Tis– интраэпителиальная опухоль или с инвазией слизистой оболочки

T₁ - опухоль инфильтрирует до подслизистого слоя

T₂ - опухоль инфильтрирует подслизистый слой

T₃- опухоль прорастает все слои кишечной стенки

T₄ - опухоль прорастает серозный покров или непосредственно распространяется на соседние органы и структуры

N - регионарные лимфатические узлы

N₀ – нет поражения лимфатических узлов

N₁ – метастазы в 1-3 лимфатических узлах

N₂ – метастазы в 4 и более лимфатических узлах

М – отдаленные метастазы

М₀ – отдаленных метастазов нет

М₁ – имеются отдаленные метастазы.

Группирование по стадиям

| | | | | |
|------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------|----------------|
| Стадия 0 | Tis | N ₀ | M ₀ | |
| Стадия I | T ₁ , T ₂ | | N ₀ | M ₀ |
| Стадия II | T ₃ , T ₄ | | N ₀ | M ₀ |
| Стадия III | Любое T | N ₁ , N ₂ | M ₀ | |
| Стадия IV | Любое T | Любое N | M ₁ | |

Клиническая картина зависит от локализации, размера опухоли и наличия метастазов.

А. Рак правых отделов ободочной кишки вызывает анемию вследствие медленной хронической кровопотери. Нередко в брюшной полости определяется опухолевидный инфильтрат, и возникают боли в животе, но из-за большого диаметра проксимальных отделов ободочной кишки и жидкого кишечного содержимого острая кишечная непроходимость развивается достаточно редко и на поздних стадиях заболевания.

Б. Рак левых отделов ободочной кишки проявляется нарушениями функциональной и моторной деятельности кишечника. К развитию кишечной непроходимости предрасполагают небольшой диаметр дистальных отделов ободочной кишки, плотные каловые массы и частое циркулярное поражение кишки опухолью. Патогномоничным признаком рака толстой и прямой кишки является наличие патологических примесей в стуле (темной крови, слизи).

Диагностика

А. Ректальное исследование наиболее информативно при раке прямой кишки. Пальцевое исследование позволяет определить наличие опухоли, характер ее роста, связь со смежными органами.

Б. Ирригоскопия (контрастное исследование толстой кишки с барием) позволяет установить локализацию, протяженность опухоли и ее размеры.

В. Эндоскопия с биопсией

1. Ректороманоскопия

2. Колоноскопия

Г. Проба на скрытую кровь. У больных с высоким риском следует часто проводить гваяковую пробу на скрытую кровь в кале и тщательно их обследовать при необъяснимой кровопотере.

Д. Подготовка к операции включает целый комплекс мероприятий, но главное – подготовка толстой кишки. Помимо традиционной бесшлаковой диеты, слабительных клизм, интестинального лаважа в последнее время успешно применяют препараты, в основе которых слабительный эффект оказывает полиэтиленгликоль. Назначают «Лаваж», «Фортранс» и др. рег ос 2-3 л за 16-18 часов до операции.

Виды операций при раке прямой кишки

1. При расположении опухоли в дистальной части прямой кишки и на расстоянии менее 7 см от края заднего прохода в любой стадии заболевания (вне зависимости от анатомического типа и гистологического строения опухоли) - брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (операция Майлса).

2. Сфинктеросохраняющие операции можно выполнить при локализации нижнего края опухоли на расстоянии 7 см от края заднего прохода и выше.

а) Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением дистальных отделов ободочной кишки возможна при опухоли, расположенной на расстоянии 7 - 12 см от края заднего прохода.

б) Передняя резекция прямой кишки производится при опухолях верхнеампулярного и ректосигмоидного отделов, нижний полюс которых располагается на расстоянии 10 - 12 см от края заднего прохода.

В последние годы такие операции выполняются в комбинации аортоподвздошнотазовой латеральной лимфодиссекции.

в) При малигнизированных полипах и ворсинчатых опухолях прямой кишки выполняют экономные операции: трансанальное иссечение или электрокоагуляцию опухоли через ректоскоп, иссечение стенки кишки с опухолью с помощью колотомии.

Комбинированное лечение

1. Дооперационная радиотерапия рака прямой кишки снижает биологическую активность опухоли, уменьшает ее метастазирование и количество послеоперационных рецидивов в зоне оперативного вмешательства.
2. Роль химиотерапии в лечении рака толстой кишки до конца не изучена.

Прогноз

Общая 10-летняя выживаемость составляет 45% и за последние годы существенно не изменилась. При раке, ограниченном слизистой оболочкой (часто выявляют при проведении пробы на скрытую кровь или при колоноскопии), выживаемость составляет 80-90%, при опухо-

лях, ограниченных региональными лимфатическими узлами, - 50-60%. Основные факторы влияющие на прогноз хирургического лечения рака толстой кишки: распространенность опухоли по окружности кишечной стенки, глубина прорастания, анатомическое и гистологическое строение опухоли, регионарное и отдаленное метастазирование.

а) После резекции печени по поводу изолированных метастазов 5-летняя выживаемость составляет 25%.

б) После резекции легких по поводу изолированных метастазов 5-летняя выживаемость составляет 20%.

Новообразования анального канала

| | Клиническая картина | Лечение |
|------------------------------|---|--|
| Плоскоклеточный рак | Новообразование с изъязвлением в центре, кровотечение, зуд или опухолевидный инфильтрат | Местное иссечение опухоли или радиотерапия. При больших опухолях - брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки |
| Базально-клеточная карцинома | Новообразование с изъязвлением в центре, легкий дискомфорт или кровотечение | Местное иссечение опухоли или радиотерапия. |
| Болезнь Педжета | Эритематозные поражения, чешуйчатые бляшки и постоянный зуд. В 85% случаев развивается рак внутренних органов | Широкое местное иссечение. При запущенном заболевании показана брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки или многопрофильное комбинированное лечение |
| Болезнь Боуэна | Хронический дерматит, эритематозные поражения, плотные бляшки, зуд, чувство жжения или кровотечение. В 10% случаев развивается плоскоклеточный рак. У 70-80% больных в течение жизни развиваются вторичные злокачественные образования внутренних органов | Широкое местное иссечение |

TNM клиническая классификация

T – первичная опухоль

- T_x** недостаточно данных для оценки первичной опухоли, первичная
T₀ опухоль не определяется
T_{is} преинвазивная карцинома (carcinoma in situ)
T₁ опухоль до 2 см в наибольшем измерении
T₂ опухоль до 5 см в наибольшем измерении
T₃ опухоль более 5 см в наибольшем измерении
T₄ опухоль любого размера, прорастающая соседний орган(ы): влагалище, мочеиспускательный канал, мочевого пузыря (вовлечение только мышечного сфинктера не классифицируется как T4)

N – регионарные лимфатические узлы

- N_x** недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов
N₀ нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов
N₁ метастазы в периректальном лимфатическом узле(ах)
N₂ метастазы во внутренних подвздошных и/или паховых лимфатических узлах(е) на стороне поражения
N₃ метастазы в периректальных, паховых и/или во внутренних подвздошных, и/или паховых лимфатических узлах с обеих сторон.

M – отдаленные метастазы

- M₀** – отдаленных метастазов нет
M₁ – имеются отдаленные метастазы.

Группирование по стадиям

| | | | | |
|-------------|--|---------------------------------|----------------|----------------|
| Стадия 0 | T _{is} | N ₀ | M ₀ | |
| Стадия I | T ₁ | N ₀ | M ₀ | |
| Стадия II | T ₂ , T ₃ | | N ₀ | M ₀ |
| Стадия IIIA | T ₁ , T ₂ , T ₃ | N ₁ | M ₀ | |
| | T ₄ | N ₀ | M ₀ | |
| Стадия IIIB | T ₄ | N ₁ | M ₀ | |
| Стадия IV | Любое T | N ₁ , N ₀ | M ₀ | |
| | Любое T | Любое N | M ₁ | |

Клиническая картина. Появляются ректальные кровотечения, выделение слизи, боли и/или зуд в области заднего прохода. Злокачественные меланомы могут протекать полностью бессимптомно, проявляясь в виде интенсивно пигментированных образований, напоминающих по форме геморроидальные узлы. Иногда они изъязвляются или имеют вид узла на ножке.

Диагноз устанавливают на основании анамнеза и осмотра анальной области с биопсией ткани опухоли.

Лечение. За исключением маленьких поверхностных плоскоклеточных карцином, при которых применяют широкое местное иссечение опухоли, традиционный метод лечения всех злокачественных опухолей анального канала - брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (операция Майлса). В последнее время с неплохими результатами стали применять ещё несколько альтернативных методов.

1. *Комплексное лечение* (оперативное лечение, лучевая и химиотерапия) в настоящее время - один из основных методов лечения рака анального канала (в частности, плоскоклеточного рака, клоакогенной карциномы и мукоэпидермоидной карциномы)/

2. *Интерстициальная лучевая терапия.*

3. *Внешняя лучевая терапия.*

Прогноз. Эффективность консервативных методов лечения при плоскоклеточном раке анального канала достигает 50-70%, а при локализации опухоли на перианальной коже - 60-90%. Наибольшее влияние на прогноз регрессии первичной опухоли при облучении оказывают размер и глубина инвазии опухоли. Чем больше размеры или глубже инвазия опухоли, тем менее вероятно достижение полной регрессии новообразования.

В тех случаях, когда облучением не удастся достичь санации анального канала или перианальной кожи, прибегают к хирургическому лечению. Показанием для хирургического вмешательства также являются рецидивы опухоли после проведенного облучения. Стандартным методом операции является брюшно-промежностная экстирпация (БПЭ) прямой кишки. Местное иссечение опухоли возможно лишь при новообразованиях малого размера. К особенностям БПЭ при данном заболевании относится необходимость широкого иссечения перианальной кожи, особенно в тех случаях, когда первичная опухоль

располагается на ней или имеется выход опухоли анального канала на периаанальную кожу.

В случаях выявленных метастазов рака в паховые лимфатические узлы оперативные вмешательства необходимо дополнять паховой лимфаденэктомией. Эта операция может выполняться как синхронно с БПЭ, так и отсрочено, когда метастазы выявляются в более поздние сроки после проведенного хирургического вмешательства.

Ситуационные задачи

1. Больной 56 лет поступил с жалобами на затруднение дефекации, кровянистые выделения из прямой кишки, чувство неполного опорожнения ее после дефекации, общую слабость, снижение работоспособности.

Какая должна быть последовательность в обследовании больного? Предположительный диагноз?

2. Больной 40 лет отмечал резкие боли в области заднего прохода во время дефекации и после нее в течение 1,5-2 часов. Болен около 6 месяцев. В течение последних 2 дней боли стали постоянными и больному трудно было сидеть; повысилась температура тела до $39,5^{\circ}$. Количество лейкоцитов в крови повысилось до $19 \cdot 10^9/\text{л}$.

Ваш диагноз, тактика врача?

3. У больного З., 30 лет, после злоупотребления алкоголем появились сильные боли в области заднего прохода. Явился к врачу на третьи сутки, когда появилось выпячивание в заднем проходе, температура тела поднялась до $38,5^{\circ}\text{C}$, стула не было три дня, появились затруднения при мочеиспускании. При осмотре заднего прохода выраженный отек и гиперемия кожи, анус зияет, из него выпали 3 узла, слизистая их гиперемирована, местами покрыта фибрином, на одном явления некроза. При пальпации кожи вблизи выпавших узлов отмечается резкая болезненность.

1. Выберите правильный диагноз:

- а) Острый парапроктит
- б) Острый геморрой I степени
- в) Острый геморрой III степени
- г) Cancer recti
- д) Выпадение прямой кишки

2. Какие методы исследования Вы считаете необходимыми:
 - а) Ректороманоскопия
 - б) Осмотр в зеркалах
 - в) Вправление узлов и пальцевое исследование
 - г) Пункция узлов и цитологическое исследование
 - д) Осмотр и ощупывание узлов и измененной кожи вокруг ануса
3. Такие больные подлежат лечению:
 - а) Амбулаторному под наблюдением хирурга (проктолога)
 - б) Стационарному в хирургическом (проктологическом) отделении
 - в) Требуют срочного хирургического вмешательства (геморрой-эктомии)
 - г) Требуют срочного хирургического вмешательства по поводу острого парапроктита
 - д) Для уточнения диагноза необходимо иссечение узла и срочное гистологическое исследование
4. Лечебные мероприятия должны включать:
 - а) Задержку стула, так как дефекация резко болезненна
 - б) Очистительную или гипертоническую клизму
 - в) Солевые слабительные клизмы вместе с гипертонической клизмой
 - г) Масляные слабительные иногда в сочетании с маслянной клизмой
 - д) Исключить из рациона растительную клетчатку
5. Лечебные мероприятия должны включать:
 - а) Прямые и непрямые антикоагулянты
 - б) Предпочтительно местное применение прямых антикоагулянтов в виде свечей или мазей
 - в) Спиртновокаиновая блокада
 - г) Свечи, содержащие препараты ацетилсалициловой кислоты
 - д) Свинцовые примочки
6. Показанием к хирургическому лечению является:
 - а) Хронический геморрой II стадии по Мейо
 - б) Вторичный геморрой
 - в) Острый геморрой любой степени
 - г) Хронический геморрой III-IV стадии по Мейо
 - д) Хронический геморрой II стадии по классификации НИИ проктологии

7. Кровотечение при вторичном геморрое:
- а) Алой кровью во время акта дефекации
 - б) Темной венозной кровью во время акта дефекации
 - в) Может быть дегтеобразный стул (мелена)
 - г) Кровянистые выделения перемешаны с калом
 - д) Только в начале акта дефекации
8. Геморроидальные узлы расположены на 3, 7, 11 часов потому что
- а) Там имеются кавернозные тельца соответственно ветвям нижней прямокишечной артерии
 - б) Там имеются кавернозные тельца соответственно ветвям средних прямокишечных артерий
 - в) Артериовенозные шунты соответствуют конечным ветвям верхней прямокишечной артерии
 - г) В этих местах в подслизистом слое расположены портокавальные анастомозы
 - д) Такая локализация характерна как для первичного, так и для вторичного геморроя
9. При лечении геморроидального кровотечения из внутреннего узла допустимо
- а) Набрасывание на узел латексной шайбы
 - б) Введение в основание узла 1% р-ра новокаина и спирта
 - в) Криокоагуляция
 - г) Фотокоагуляция
 - д) Операция Миллиган-Моргана
10. Какие из перечисленных методов исследования Вы используете при кровотечении из прямой кишки ?
- а) Осмотр промежности и анального канала
 - б) Пальцевое исследование прямой кишки
 - в) Осмотр прямой кишки в зеркалах
 - г) Ректосигмоскопию
 - д) Биопсию кровоточащего внутреннего узла
11. Болевой синдром при трещинах заднего прохода обусловлен:
- а) Сопутствующим воспалением геморроидальных узлов
 - б) Воспалением Морганиевых крипт
 - в) Спазмом внутреннего сфинктера
 - г) Воспалением анальных желез Гей
 - д) Фекалоидной инфекцией

12. Операция Габриэля может применяться

- а) при хроническом геморрое
- б) при трещинах анального канала
- в) при интрасфинктерных свищах
- г) при экстрасфинктерных свищах
- д) при вторичном геморрое

13. Анальный канал:

- а) Расположен ниже гребешковой линии
- б) Соответственно морганиевым столбикам
- в) Соответственно внутреннему сфинктеру
- г) Выслан многослойным плоским эпителием
- д) Выслан цилиндрическим эпителием

14. Острый парапроктит бывает:

- а) Подкожный
- б) Ишиоректальный
- в) Пельвиоректальный
- г) Межмышечный
- д) Анаэробный
- е) Специфический

15. Острый тазовый парапроктит лучше диагностировать с помощью

- а) Обзорной R-граммы таза
- б) R-романоскопии
- в) Ирригоскопии
- г) Пальцевого исследования прямой кишки
- д) УЗИ

4. Мужчина 50 лет обратился к хирургу с жалобами на тупые неопределенного характера боли в низу живота, которые иногда принимают схваткообразный характер, отмечает вздутие живота, эти явления держатся 2-3 дня, а затем проходят. Больной заметил, что часто из прямой кишки перед калом выделяется небольшое количество кровянистой слизи, стул нерегулярный, имеет место чередование запоров с поносами. Перестал испытывать удовлетворение после акта дефекации, появилось ощущение его незаконченности. За последние 3 месяца похудел на 10 кг, отмечает слабость, желтушность кожных покровов.

Из анамнеза: больной курит, злоупотребляет алкоголем, пристрастен к жирной пищи, перенес туберкулез легких в молодости, страдает хроническим колитом, работает на асбестоцементном заводе.

1. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен у больного?
 - А. Хронический геморрой
 - Б. Болезнь Крона
 - В. Эрозивный проктосигмоидит
 - Г. Трещина прямой кишки
 - Д. Рак прямой кишки
2. Какие заболевания толстой кишки являются предраковыми?
 - А. Хронический геморрой
 - Б. Семейный полипоз
 - В. Дивертикулез
 - Г. Железистые полипы (виллезные)
 - Д. Трещины заднего прохода
3. Какие методы исследования следует произвести больному в поликлинике?
 - А. Реакция Грегерсена
 - Б. Посев кала на кишечные инфекции
 - В. Ректальное пальцевое исследование
 - Г. Осмотр прямой кишки в зеркалах
 - Д. Пассаж бария по кишечнику
4. Какие инструментальные методы исследования следует назначить больному:
 - А. Фиброгастродуоденоскопия
 - Б. Ректороманоскопия
 - В. Обзорная рентгенография брюшной полости
 - Г. Фиброколоноскопия
 - Д. Пункция Дугласова кармана
5. В каком положении больного наиболее информативно ректально обследование при подозрении на рак прямой кишки ?
 - А. Коленнолоктевом
 - Б. На проктологическом кресле
 - В. На боку
 - Г. На корточках
 - Д. На животе
6. Если при пальцевом исследовании данного больного Вы выявили, что на 4 см от анального отверстия имеется плотное бугристое подвижное образование почти $\frac{1}{2}$ охватывающее кишку, на перчатке следы крови, при

осмотре зеркалом - разрастание типа цветной капусты, при УЗИ в левой доле печени множественны очаговые образования Ø 0,5 - 2 см, то какой диагноз при поступлении следует поставить больному?

- А. Болезнь Крона, кисты печени
- Б. Неспецифический язвенный колит (НЯК)
- В. Рак прямой кишки T₂N_xM₁
- Г. Рак прямой кишки T₃N₀M_x
- Д. Полипоз прямой кишки

7. Для уточнения диагноза следует назначить дополнительно

- а) Ректороманоскопию с биопсией
- б) Лапароскопическую биопсию узлов печени
- в) КТ печени
- г) Рентгенографию легких
- д) Рентгенографию костей таза

8. Какие факторы риска по возникновению рака прямой кишки можно отметить у больного?

- А. Курение, злоупотребление алкоголем
- Б. Перенесенный туберкулез легких
- В. Работа на асбестоцементном заводе
- Г. Хронический геморрой
- Д. Пристрастие к пище, богатой животным жиром

9. Какие симптомы встречаются при раке ампулы прямой кишки?

- А. Чередование запоров с поносами
- Б. Зловонные выделения в начале акта дефекации
- В. Наличие алой крови в испражнениях
- Г. Изменение формы каловых масс
- Д. Сильные боли во время и после акта дефекации

10. Какие методы лечения будут рациональными для данного больного?

- А. Симптоматическое лечение
- Б. Операция - брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (Кеню-Майлса) и резекция печени
- В. Наложение двустольной колостомы
- Г. Операция Гартмана
- Д. Передняя резекция с низведением и резекцией левой доли печени

11. Какие методы подготовки кишечника к операции целесообразно применить у данного больного?

- А. Специальная диета
- Б. Сернокислая магнезия 10,0% - 200,0 в течение 2-3 дней
- В. Лаваж кишечника + А
- Г. Клизмы очистительные 2 раза в течение 3 дней
- Д. А + Б + Г

12. Во время операции у больного Вы обнаружили метастазы опухоли в парааортальные лимфоузлы, которые подтверждены при срочном гистологическом исследовании. Опухоль прорастает крестец, неподвижна.

- А. Ограничиться диагностической лапаротомией
- Б. Провести радикальную операцию Кеню-Майлса
- В. Провести паллиативную переднюю резекцию прямой кишки
- Г. Наложить двустольный противоестественный задний проход без удаления опухоли
- Д. Наложить anus practermaturalis, провести лучевую терапию

13. К наследственным полипозным синдромам относят

- А. Синдром Гарднера (семейный полипоз)
- Б. С-м Пейтц-Егерса
- В. С-м Тюрко
- Г. Ювенильный полипоз
- Д. Триада Сейнта

14. Для семейного полипоза Гарднера характерно

- А. Остеомы костей головы
- Б. Кисты
- В. Рак щитовидной железы
- Г. Аномалии зубов
- Д. Атрофия ногтей

15. Для синдрома Кронкхайта-Канада характерны

- А. Полипоз кишечника
- Б. Гиперпигментация
- Г. Атрофия ногтей
- Д. Полипы гамартомного характера

Тестовый контроль знаний

На вопросы 1 - 30 выберите наиболее правильный ответ (ответы):

1. Собственно прямая кишка имеет все перечисленные отделы, кроме:
А. Надампулярного
В. Ампулярного
С. Среднеампулярного
Д. Нижнеампулярного
Е. Анального канала
2. В каком положении больного наиболее информативно пальцевое исследование прямой кишки при подозрении на рак ампулярного отдела?
А. В коленно-локтевом
В. На левом боку
С. На спине
Д. На корточках
Е. С приведенными к животу ногами
3. Какой из симптомов не характерен для рака ректосигмоидного отдела?
А. Кровь в конце акта дефекации
В. Схваткообразные боли по всему животу
С. Запоры, затрудненное отхождение газов
Д. Кровь в начале дефекации
Е. Примесь кровянистых выделений в кале
4. Какой метод Вы используете при скрининговом исследовании на рак прямой кишки?
А. Ректороманоскопию
В. Ирригоскопию
С. Аноскопию
Д. Пальцевое исследование прямой кишки
Е. Исследование кала на скрытую кровь
5. Какой симптом обычно не наблюдается при остром тазово-прямокишечном парапроктите?
А. Неопределенные боли в глубине таза
В. Гиперемия кожи промежности
С. Дизурические явления
Д. Повышение температуры тела
Е. Тенезмы

6. Больная жалуется на резкие боли в области заднего прохода во время и после акта дефекации, запоры. Наиболее вероятный диагноз?

- А. Острый геморрой II степени
- В. Острый подкожный парапроктит
- С. Хроническая трещина заднего прохода
- Д. Рак прямой кишки
- Е. Полип прямой кишки

7. Слизистая оболочка выстилает следующие анатомические структуры КРОМЕ:

- А. Морганиевы столбики
- В. Складку Кольрауша
- С. Среднеампулярный отдел прямой кишки
- Д. Нижнеампулярный отдел прямой кишки
- Е. Анальный канал

8. Какой первый диагностический прием обязателен при подозрении на заболевание прямой кишки?

- А. Ректороманоскопия
- В. Ирригоскопия
- С. Аноскопия
- Д. Пальцевое исследование прямой кишки
- Е. Копроцитограмма

9. Выделение капель алой крови в конце акта дефекации наблюдается при следующем заболевании:

- А. Хронический геморрой II стадии
- В. Хроническая анальная трещина
- С. Рак прямой кишки
- Д. Болезнь Крона
- Е. Ректоцеле

10. Жгучая боль после акта дефекации наблюдается при следующем заболевании:

- А. Острый геморрой II степени
- В. Хроническая анальная трещина
- С. Рак прямой кишки
- Д. Болезнь Крона
- Е. Ректоцеле

11. Повышенный тонус анального сфинктера наблюдается при следующем заболевании:

- А. Острый геморрой
- В. Анальная трещина
- С. Рак прямой кишки
- Д. Болезнь Крона
- Е. Хронический геморрой III стадии

12. Наличие крови на поверхности кала в виде полоски наблюдается при следующем заболевании:

- А. Хронический геморрой
- В. Хроническая анальная трещина
- С. Рак прямой кишки
- Д. Болезнь Крона
- Е. Ректоцеле

13. Выделение крови в виде капель или струей в конце акта дефекации наблюдается при:

- А. Хроническом геморрое
- В. Анальной трещине
- С. Рак прямой кишки
- Д. Болезни Крона
- Е. Свищах прямой кишки

14. Кровь перемешана с калом при следующем заболевании:

- А. Геморрой
- В. Анальная трещина
- С. Раке прямой кишки
- Д. Болезнь Крона
- Е. Ректоцеле

15. Выделение несвежей крови типа "мясных" помоев и слизи в начале акта дефекации наблюдается при:

- А. Хроническом геморрое
- В. Анальной трещине
- С. Раке прямой кишки
- Д. Болезни Крона
- Е. Кровотечении из желудочной язвы

16. Нарушение дефекации, связанное с пролабированием прямой кишки во влагалище наблюдается при следующем заболевании:

- А. Хроническом геморрое
- В. Анальной трещине
- С. Раке прямой кишки
- Д. Болезни Крона
- Е. Ректоцеле

17. Симптомы "граблей" и "булыжной мостовой" наблюдается при следующем заболевании:

- А. Хроническом геморрое
- В. Анальной трещине
- С. Раке прямой кишки
- Д. Болезни Крона
- Е. Полипозе прямой кишки

18. Склерозирующая терапия применяется при следующем заболевании:

- А. Острый геморрой
- В. Анальная трещина
- С. Полип прямой кишки
- Д. Хронический геморрой I стадии
- Е. Хронический геморрой 2-3 стадии

19. Операция Миллигана-Моргана показана при:

- А. Остром геморрое
- В. Анальной трещине
- С. Полипе прямой кишки
- Д. Хроническом геморрое I стадии
- Е. Хроническом геморрое III стадии

20. Операция Габриэля применяется при:

- А. Остром геморрое III ст.
- В. Анальной трещине
- С. Полипе прямой кишки
- Д. Хроническом геморрое I ст.
- Е. Хроническом геморрое II ст.

21. Боковая подслизистая сфинктеротомия применяется при:

- А. Остром геморрое
- В. Анальной трещине
- С. Полипе прямой кишки
- Д. Хроническом геморрое I ст.
- Е. Хроническом геморрое 2-3 ст.

22. Применение антикоагулянтов и антиагрегантов показано при:

- А. Остром геморрое
- В. Анальной трещине
- С. Полипе прямой кишки
- Д. Хроническом геморрое 1 стадии
- Е. Хроническом геморрое 2-3 стадии

23. Постоянная хроническая боль в заднем проходе наблюдается при следующем заболевании:

- А. Раке ампулярного отдела прямой кишки
- В. Трансфинктерном свище прямой кишки
- С. Хроническом геморрое II стадии
- Д. Раке анального канала
- Е. Раке слепой кишки

24. Кровянистые выделения типа мелены из заднего прохода могут быть при:

- А. Раке прямой кишки
- В. Остром геморрое
- С. Хроническом геморрое III стадии
- Д. Раке анального канала
- Е. Раке слепой кишки

25. Повышение температуры тела до 39 градусов, ознобы наблюдаются при следующем заболевании:

- А. Острый геморрой I ст.
- В. Острый тазовый парапроктит
- С. Хронический геморрой III степени
- Д. Хронический парапроктит
- Е. Неспецифический язвенный колит

26. При пальцевом исследовании прямой кишки отечность с одной стороны выше сфинктера наблюдается при следующем заболевании:

- А. Хронический геморрой III ст.
- В. Острый ишиоректальный парапроктит
- С. Хронический геморрой II ст.
- Д. Хронический парапроктит
- Е. Трещина анального канала

27. К какой стадии по Мейо относится такой признак хронического геморроя, как необходимость вправления выпавших узлов рукой?

- А. 1 стадия
- В. 2 стадия
- С. 3 стадия
- Д. 4 стадия
- Е. 3-4 стадия

28. К какой стадии по Мейо относится такой признак хронического геморроя, как выпадение узлов при незначительной физической нагрузке, и невозможность вправления самостоятельно?

- А. 1 стадия
- В. 2 стадия
- С. 3 стадия
- Д. 4 стадия

29. Узлы не выпадают в анальный канал. Этот признак хронического геморроя относится к следующей стадии по Мейо:

- А. 1 стадия
- В. 2 стадия
- С. 3 стадия
- Д. 4 стадия

30. Узлы выпадают только во время акта дефекации и вправляются самостоятельно. Этот признак хронического геморроя относится к следующей стадии по Мейо:

- А. 1 стадия
- В. 2 стадия
- С. 3 стадия
- Д. 4 стадия

В вопросах 31 - 37 перечислены симптомы заболеваний, укажите, какому заболеванию они соответствуют. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|--|-------------------------|
| 31. Выделения алой крови во время акта дефекации | А. Хронический геморрой |
| 32. Жгучая боль после акта дефекации | В. Анальная трещина |
| 33. Повышенный тонус анального сфинктера | С. Cancer recti |

- | | |
|---|--------------|
| 34. Наличие крови на поверхности кала в виде полоски | Д. Ректоцеле |
| 35. Выделения крови в виде капель или струей в конце акта дефекации | |
| 36. Кровь перемешана с калом | |
| 37. Выделения крови в слизи в начале акта дефекации | |

В вопросах 38 - 42 перечислены виды лечения, укажите, при каком заболевании они применяются. "Вопрос - ответ".

| вопрос | ответ |
|--------------------------------|--|
| 38. Спирт-новокаиновая блокада | А. Хронический геморрой III ст. |
| 39. Операция Миллиган-Моргана | В. Анальная трещина |
| 40. Операция Габриэля | С. Полип прямой кишки |
| 41. Электрокоагуляция | Д. Вторичный геморрой при портальной гипертензии |
| 42. Боковая сфинктеротомия | |

В вопросах 43 - 50 перечислены симптомы заболеваний, укажите при каком из заболеваний они наблюдаются. "Вопрос -ответ".

| вопрос | ответ |
|--|--------------------------------------|
| 43. Резкая пульсирующая боль в заднем проходе | А. Рак прямой кишки |
| 44. Кровянистые выделения из заднего прохода типа помоев | В. Хронический геморрой |
| 45. Мелена | С. Острый подкожный па- рапроктит |
| 46. Выделения гноя и слизи из заднего прохода | Д. Рак слепой кишки |
| 47. Изменения формы кала | Е. Рак анального канала |
| 48. Урчание, схваткообразные боли в животе | |
| 49. Выделение крови в начале акта дефекации | |
| 50. Выделение крови в конце акта дефекации | |

В вопросах 51 - 55 перечислены симптомы заболевания прямой кишки, выберите соответствующие им заболевания. "Вопрос-ответ".

| вопрос | ответ |
|---|---------------------------------|
| 51. Острая боль во время и после акта дефекации | А. Хронический геморрой |
| 52. Алая кровь каплями после акта дефекации | В. Острый подкожный парапроктит |
| 53. Дегтеобразный стул | С. Трещина анального канала |
| 54. Повышение температуры тела, озноб | Д. Cancer recti |
| 55. Гиперемия кожи промежности | Е. Cancer caecum |

В вопросах 56 - 59 приведены стадии выпадения внутренних геморроидальных узлов. Укажите, к какой стадии по В.Д.Федорову они относятся. "Вопрос - ответ".

| вопрос | ответ |
|--|---------------|
| 56. Требуется вправление выпавших узлов рукой | А. I стадия |
| 57. Узлы выпадают при незначительной физической нагрузке и самостоятельно не вправляются | В. II стадия |
| 59. Выпадают только во время акта дефекации и вправляются самостоятельно | С. III стадия |

В вопросах 60 - 95 выберите наилучшую комбинацию ответов по схеме:

| А | В | С | Д | Е |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| если верно только | если верно только | если верно только | если верно только | если все правильно |
| 1,2,3 | 1,3 | 2,4 | 4 | |

60. Кровоснабжение прямой кишки осуществляется артериями:

1. Непарная верхняя прямокишечная
2. Парная средняя прямокишечная

- 3. Парная нижняя прямокишечная
- 4. Парная задняя прямокишечная

61. Признаками хронического геморроя являются:

- 1. Зуд и неприятные ощущения в области ануса
- 2. Кровотечения во время дефекации
- 3. Выпадение внутренних геморроидальных узлов
- 4. Боль во время акта дефекации

62. По локализации острый парапроктит бывает:

- 1. Подкожно-подслизистый
- 2. Ишиоректальный
- 3. Пельвиоректальный
- 4. Внесфинктерный

63. В зависимости от отношения к сфинктеру прямой кишки параректальные свищи могут быть

- 1. Интрасфинктерными
- 2. Транссфинктерными
- 3. Экстрасфинктерными
- 4. Надсфинктерными

64. Симптомами рака прямой кишки являются:

- 1. Кишечный дискомфорт
- 2. Патологические выделения
- 3. Нарушение функции прямой кишки
- 4. Вторичный геморрой

65. Для рака среднеампулярного отдела прямой кишки характерно:

- 1. Выделения алой крови в конце акта дефекации
- 2. Вздутие живота, запоры
- 3. Недержание газов и кала
- 4. Скрытое течение

66. Радикальное лечение при раке анального канала:

- 1. Операция Гартмана + химиотерапия
- 2. Передняя резекция
- 3. Наложение противоестественного заднего прохода
- 4. Лучевая терапия + экстирпация прямой кишки

67. Различают следующие локализации острого парапроктита:

1. Подкожный
2. Подслизистый
3. Тазово-прямокишечный
4. Седлишно-прямокишечный

68. Методы лечения наиболее часто применяемые при остром геморрое:

1. Диета, содержащая много клетчатки
2. Медикаментозная терапия (реопирин, бутадиион, свечи)
3. Свинцовые примочки на промежность
4. Лечебная ректоскопия

69. При раке прямой кишки выполняют следующие радикальные операции:

1. Брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
2. Переднюю резекцию
3. Операцию Гартмана
4. Наложение двустольного противоестественного заднего прохода

70. Наиболее частая причина хронической анемии у мужчин старше 55 лет:

1. Дивертикулярная болезнь (дивертикулез) толстой кишки
2. Сосудистые эктазии
3. Геморрой
4. Опухоль толстой кишки

71. Трещины заднего прохода:

1. Это надрыв в продольном направлении в области анального канала
2. Обычно возникает на задней поверхности (6 ч), но может быть и на передней поверхности (12 ч)
3. Причиной является растяжение ануса во время прохождения плотных каловых масс
4. Вызывает спазм внутреннего сфинктера, который может приводить к его фиброзу сморщиванию

72. Клинические признаки хронической анальной трещины включают:

1. Анальные боли, возникающие во время дефекации и продолжающиеся несколько часов после нее
2. Скудные кровянистые выделения из заднего прохода в виде полоски крови на кале

3. Терминальный пограничный бугорок
4. Обильное выделение яркой алой крови, которая не перемешана с калом

73. Мероприятия, которые могут быть использованы при лечении анальной трещины включают:

1. Нормализация стула
2. Местные аппликации поверхностных анестетиков и туалет анального канала
3. Растяжение анального сфинктера под обезболиванием и иссечение трещины по Габриэлю
4. Дозированная сфинктеротомия

74. Геморрой:

1. Варикоз верхнего и/или нижнего ректального венозного сплетения артерий
2. Узлы чаще локализуются в трех первичных позициях (3,7,11 часов)
3. Может быть вторичный, например при портальной гипертензии
4. Вторая степень хронического геморроя по классификации Мейо, если узлы выпадают при дефекации, но затем самопроизвольно вправляются

75. Предрасполагающие факторы геморроя включают:

1. Наследственность
2. Секс
3. Беременность
4. Алкоголь

76. Симптомы хронического геморроя включают:

1. Выделение ярко-красной крови, обычно поверх кала
2. Иногда зуд и перианальный дискомфорт
3. Выбухание красноватых мягких узлов с деформацией ануса
4. Боли при дефекации

77. Признаки хронического геморроя включают:

1. Мелкие множественные разрастания, свободно висящие по анальному краю
2. Выбухание мягких спадающихся узлов с деформацией просвета ануса
3. Плотное образование в анусе при пальцевом исследовании

4. Выпадение розовых узлов в просвет ануса, наблюдаемое при извлечении ректоскопа

78. У 45-летнего пациента с хроническим геморроем должна быть выполнена:

1. Ирригоскопия
2. Ректосигмоидоскопия
3. Колоноскопия
4. Пальцевое исследование прямой кишки

79. Осложнения геморроя включают:

1. Трещину заднего прохода
2. Микроцитарная железодефицитная анемия
3. Анальный зуд
4. Рак

80. Обычные рекомендации при лечении больных с первой или второй стадией хронического геморроя по классификации Мейо включают:

1. Назначение диеты, содержащей продукты, обладающие послабляющим действием.
2. Ректальные противовоспалительные мази или свечи
3. Склерозирующая терапия
4. Лигирование геморроидальных узлов резиновыми или латексными кольцами

81. Ранние послеоперационные осложнения после геморроидэктомии по поводу хронического геморроя третьей стадии:

1. Острая задержка мочи
2. Анальный стеноз
3. Кровотечение
4. Недержание кала

82. Аноректальные абсцессы:

1. В большинстве случаев вызываются инфицированием анальных желез через анальные крипты
2. Бывают подкожные, ишиоректальные, пельвиоректальные
3. Характерна сильная пульсирующая анальная боль, усиливающаяся при сидении или ходьбе
4. Сопровождается расстройствами функции тазовых органов

83. В лечении ишиоректальных абсцессов наиболее существенны мероприятия:

1. Тепло на промежность
2. Вскрытие и дренирование
3. Свинцовые примочки
4. Терапия антибиотиками

84. Множественные ректальные свищи могут быть обусловлены:

1. Туберкулезом
2. Болезнью Крона
3. Сахарным диабетом
4. Актинамикозом

85. Аноректальные свищи:

1. В большинстве случаев начинаются в анальных криптах
2. Часто бывают извилистыми
3. Если наружное отверстие расположено сзади от поперечной линии, проходящей через среднюю точку ануса, внутреннее находят тоже в одной из задних крипт
4. Всегда характеризуются периодическим отхождением кала и газа через наружное отверстие на промежности

86. Необходимые исследования при свищах прямой кишки включают:

1. Пальцевое исследование и зондирование
2. Введение краски в наружное отверстие свища
3. Сигмоидоскопия или проктоскопия
4. Фистулография

87. Оперативные вмешательства при ректальных свищах включают:

1. Фистулоэктомию по Габриэлю
2. Иссечение свища и шов промежностной раны
3. Внутренняя сфинктеротомия и дренирование после иссечения фистулы
4. Разрез и дренирование

88. Анальный зуд может быть вследствие:

1. Анального отделяемого
2. Сахарного диабета
3. Паразитарной инвазии
4. Грибкового заболевания кожи ануса

89. Аденома (полип) толстой кишки:

1. Более часто встречается у мужчин, особенно после 45 лет
2. Является предраком и частый ее симптом - ректальное кровотечение

3. Лечение - предпочтительно коагуляция при сигмоскопии
4. Всегда одиночная

90. Ювенильная аденома:

1. Встречается преимущественно в прямой кишке и обычно множественная
2. Представляется кровотечением
3. Это гамартомные полипы
4. Это предрак

91. Семейный полипоз:

1. Это наследственная болезнь, при которой толстая кишка густо покрывается аденомами
2. Эта болезнь передается по женской линии и ген является доминантным
3. Обычно проявляется в возрасте около 25 лет
4. После 40 лет почти у 100% малигнизация

92. Синдром Гарднера включает:

1. Десмоидные опухоли брюшной стенки
2. Остеоматоз черепа и нижней челюсти
3. Аномалии зубов
4. Семейный полипоз

93. Рак толстой и прямой кишки:

1. Относительно редко встречается в Африке и Азии
2. Более часто встречается в Европе и Северной Америке
3. Имеются некоторые различия в частоте развития рака в разных возрастных группах в развитых и развивающихся странах
4. Наиболее высокая частота в группе 50-69 лет

94. Лечение рака прямой кишки:

1. Опухоль более 10-12 см от анального края - операция передняя резекция прямой кишки
2. При локализации опухоли более 6-7 см от анального края лучше применить брюшно-промежностную резекцию прямой кишки с низведением
3. При локализации опухоли менее 4 см от анального края - брюшнопромежностная экстирпация
4. При раке анального канала показана лучевая терапия

95. Злокачественные опухоли ануса включают:

1. Болезнь Педжета
2. Плоскокишечная карцинома
3. Базальноклеточная карцинома
4. Внутриэпидермальная карцинома Боуэна

В вопросах 96 - 107 определите верно или неверно каждое из двух утверждений, далее определите верна или нет причинная взаимосвязь между ними:

| Ответ | Утверждение 1 | Утверждение 2 | Взаимосвязь между 1 и 2 утверждениями |
|-------|---------------|---------------|--|
| А | верно | верно | верна |
| В | верно | верно | неверна |
| С | верно | неверно | неверна |
| Д | неверно | верно | неверна |
| Е | неверно | неверно | неверна |

96. При остром геморрое показана спирт-новокаиновая блокада геморроидального узла (утверждение 1),
потому что
спирт-новокаиновая блокада снимает боль (утверждение 2).

97. При лечении хронической трещины прямой кишки показана сфинктеротомия (утверждение 1),
потому что
устранение спазма анального сфинктера способствует заживлению трещины (утверждение 2).

98. Для диагностики острого геморроя III степени применяется ректороманоскопия (утверждение 1),
потому что
ректороманоскопия является информативным методом диагностики при заболеваниях прямой кишки (утверждение 2).

99. При кровотечении из геморроидальных узлов выделяется алая кровь (утверждение 1),
потому что
при хроническом геморрое III ст. имеется тромбоз ректальных вен (утверждение 2).

100. При консервативном лечении трещины заднего прохода применяют спирт-новокаиновые блокады (утверждение 1).
потому что
новокаиновые блокады снимают патологический спазм сфинктера заднего прохода (утверждение 2).

101. При раке ампулярного отдела прямой кишки часто выполняют переднюю резекцию прямой кишки (утверждение 1),
потому что

только при этой операции не нарушается функция сфинктеров (утверждение 2).

102. Операция Гартмана при раке прямой кишки является паллиативной (утверждение 1),
потому что
колостому накладывается только при паллиативных операциях (утверждение 2).

103. При лечении хронической трещины прямой кишки показана дозированная боковая сфинктеротерапия (утверждение 1),
потому что
устранение спазма анального сфинктера способствует уменьшению ишемии и заживлению трещины (утверждение 2).

104. При кровотечении из геморроидальных узлов выделяется алая кровь (утверждение 1),
потому что
в прямой кишке имеются артерио-венозные шунты (утверждение 2).

105. При хирургическом лечении трещины заднего прохода применяется операция Габриэля (утверждение 1),
потому что
эта операция снимает патологический спазм сфинктера заднего прохода (утверждение 2).

106. При раке анального канала часто выполняют переднюю резекцию прямой кишки (утверждение 1),
потому что
при передней резекции прямой кишки не накладывается противоестественный задний проход (утверждение 2).

107. Операция Гартмана при раке прямой кишки является радикальной (утверждение 1),
потому что
при операции Гартмана накладывается сигморектальный анастомоз (утверждение 2).

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Из каких отделов состоит прямая кишка?
2. Как образуются колонны и синусы Морганьи (Morgagnii)?
3. Какие вены образуют геморроидальные венозные сплетения? Особенности оттока крови? Где расположены кавернозные тела?
4. Какие функции выполняет прямая кишка?
5. Назовите клетчаточные пространства малого таза?
6. Назовите наиболее простой и доступный метод исследования прямой кишки?
7. В чем заключается метод ректороманоскопии? Подготовка больного к этому исследованию?
8. Какие другие методы исследования прямой кишки Вы знаете? Их преимущества?
9. Дайте определение заболеванию геморрой. По каким признакам выделяют внутренний и наружный геморрой?
10. Классификация выпадения геморроидальных узлов при хроническом геморрое.
11. Схематически изобразите наиболее частые участки расположения первичных геморроидальных узлов.
12. Что такое острый геморрой?
13. Определите план обследования больного с ректальным кровотечением.
14. Почему расширение геморроидальных вен может быть симптомом цирроза печени, опухолей малого таза и др. заболеваний?
15. Назовите методы консервативного лечения острого геморроя.
16. В чем смысл операции иссечения геморроидальных узлов по Миллигану-Моргану (E.Milligan, C.Morgan)?
17. Назовите наиболее частое расположение трещин заднего прохода. Что такое пограничный бугорок?
18. Опишите характер боли при трещинах заднего прохода.
19. Какие методы лечения трещин Вы знаете? Какие показания к операции? В чем состоит смысл операции при трещине заднего прохода?
20. Назовите наиболее вероятные пути проникновения инфекции в параректальную клетчатку при парапроктитах.
21. Как подразделяются парапроктиты в зависимости от их локализации в параректальной практике?
22. Что такое полный параректальный свищ?
23. Как классифицируются параректальные свищи в зависимости от их отношения к наружному анальному сфинктеру?
24. С какими заболеваниями следует дифференцировать наружный хронический парапроктит?

**ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ВЕН.
ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

МКБ 10

| | |
|------------|--|
| | Болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов, не классифицированные в других рубриках (180-189) |
| 180 | <i>Флебит и тромбофлебит</i> |
| 180.0 | Флебит и тромбофлебит поверхностных сосудов нижних конечностей |
| 180.1 | Флебит и тромбофлебит бедренной вены |
| 180.2 | Флебит и тромбофлебит других глубоких сосудов нижних конечностей |
| 180.3 | Флебит и тромбофлебит нижних конечностей неуточненный |
| 180.8 | Флебит и тромбофлебит других локализаций |
| 180.9 | Флебит и тромбофлебит неуточненной локализации |
| 181 | <i>Тромбоз портальной вены</i> |
| 182 | <i>Эмболия и тромбоз других вен</i> |
| 182.0 | Синдром Бадда-Киари |
| 182.1 | Тромбофлебит мигрирующий |
| 182.2 | Эмболия и тромбоз полых вен |
| 182.3 | Эмболия и тромбоз почечной вены |
| 182.8 | Эмболия и тромбоз других уточненных вен |
| 182.9 | Эмболия и тромбоз неуточненной вены |
| 183 | <i>Варикозное расширение вен нижних конечностей</i> |
| 183.0 | Варикозное расширение вен нижних конечностей с язвой |
| 183.1 | Варикозное расширение вен нижних конечностей с воспалением |
| 183.2 | Варикозное расширение вен нижних конечностей с язвой и воспалением |
| 183.9 | Варикозное расширение вен нижних конечностей без язвы или воспаления |

Венозная система большого круга кровообращения состоит из ряда морфологически и топографически обособленных систем. К ним прежде всего относится система верхней и нижней полых вен, а также система воротной вены. В венозной системе нижней конечности различают систему поверхностных и глубоких вен. Особенностью поверхностных вен является наличие крупных стволов, идущих не-

зависимо от артерий. Глубокие вены всегда следуют строго одноименным артериям. Они, как правило, бывают парными.

К важнейшим факторам, обуславливающим нормальный венозный отток крови, относятся сокращение мышц конечностей, дыхательные движения диафрагмы, напряжение и расслабление брюшного пресса и т.д. Несомненное воздействие на кровоток в венах оказывает и присасывающая сила грудной клетки с изменением отрицательного давления во время вдоха и выдоха.

Огромное значение для венозного кровотока имеет клапанный аппарат, препятствующий обратному току венозной крови. Клапаны представляют тонкие нежные складки (дупликации) внутренней оболочки вены и напоминают маленькие полулуния, вогнутый край которых свободен, а выпуклый прикреплен к стенке сосуда. В результате такого прикрепления получается нечто вроде кармашка — *sinus valvulae*, который ограничен стенкой вены и клапаном. Обычно такие клапаны располагаются попарно. В бедренной вене от 2 до 4 клапанов, в передней большеберцовой — 10, в задней большеберцовой — 20.

Большое значение в регуляции периферического кровообращения имеют артерио-венозные анастомозы, непосредственно соединяющие артериальное русло с венозной системой.

Важную роль в венозном оттоке нижних конечностей играют коммуникантные вены, которые подразделяются на прямые и не прямые.

Прямые коммуникантные вены непосредственно соединяют магистральные поверхностные вены с глубокими. Они расположены с внутренней поверхности голени. Благодаря наличию в них клапанов кровоток в прямых коммуникантах осуществляется в норме только в одном направлении — из поверхностных вен в глубокие. Количество прямых коммуникантов на нижней конечности варьирует от 53 до 112. Непрямые коммуникантные вены осуществляют связь поверхностных вен с венами мышц, которые в свою очередь непосредственно или через другую вену сообщаются с глубокими венами конечностей.

Венозная система нижних конечностей состоит из глубокого сплетения венозных сосудов, в которое входят бедренная вена и глубокая бедренная вена (*v. femoralis*, *v. femoralis profunda*) и из поверхностного сплетения, которое составлено двумя подкожными венами бедра — большой и малой (*v. saphena magna et parva*).

V. saphena magna берет начало от тыльных вен стопы, проходит впереди внутренней лодыжки и вдоль внутренней поверхности голени и бедра до скапювского треугольника, где она, пройдя через *hiatus saphenus* (на 4 см ниже пупартовой связки), вливается в бедренную вену.

V. saphena parva начинается также из дорсальных вен стопы, проходит позади наружной лодыжки и наружного края ахиллова сухожилия и вдоль наружной поверхности голени, прободает апоневроз в подколенную ямку и вливается в подколенную вену.

Глубокие вены берут свое начало на подошвенной поверхности стопы. впадает в глубокую венозную подошвенную дугу, далее кровь оттекает по латеральным подошвенным венам, которые сливаясь с медиальными образует задние большеберцовые вены (*v.v.tibialis posteriores*). Глубокие вены тыла стопы впадают в тыльную венозную дугу стопы (*arcus venosus profundus dorsalis pedis*), из которой кровь оттекает в передние большеберцовые вены (*v.v.tibialis anteriores*). В верхней трети голени задние большеберцовые вены сливаются с переднеберцовыми венами и образуют подколенную вену (*v.poplitea*). Подколенная вена, сопровождаемая одноименной артерией, пересекает подколенную ямку, вступает в бедренно-подколенный канал (*canalis femoropopliteus*), и получает название бедренной вены. (*v.femoralis*). Бедренная вена продолжается в наружную подвздошную (*v. iliaca externa*). На своем пути бедренная вена имеет ряд притоков, наиболее крупная - *v.femoralis profunda*.

Наружная подвздошная вена дойдя до крестцово-подвздошного сочленения, соединяется с *v. iliaca interna*, образуя общую подвздошную вену (*v. iliaca communis*). Обе общие подвздошные вены наплавливаются вверх и медиально, и на уровне хряща между $L_{IV} - v$ образуют справа от позвоночника нижнюю полую вену (*v. cava inferior*).

Классификация болезней вен

А. Варикозная болезнь вен.

1. Первичный варикоз вен нижних конечностей.
2. Вторичный варикоз.
3. Варикоз геморроидальных вен.

Б. Тромботические заболевания вен и их последствия.

1. Тромбофлебиты
2. Флеботромбозы
3. Посттромбофлебитический синдром.

В. Аномалия развития вен:

- 1) атрезия и гипоплазия глубоких вен (болезнь Клиппель-Треноне).
- 2) артерио-венозные свищи (болезнь Паркса Вебера-Рубашова).

Г. Повреждения вен.

Д. Опухоли вен.

Пороки развития вен

Болезнь Паркс Вебер – Рубашова (артерио-венозные свищи)

В клинической практике это заболевание известно давно, однако детально описаны С.М.Рубашовым (1928), Parkes Weber (1936).

Это заболевание характеризуется наличием множественных врожденных патологических сообщений между артериями и венами.



Рис. 82. Больная 14 лет. Болезнь Паркс Вебера – Рубашова. (взято у П.П.Алексеева)

Одновременное заполнение контрастом артерий и вен верхней конечности.

1 и 4 – подкожные вены;

2 – артерио-венозный шунт;

3 – артерио-венозный сосуд;

5 – плечевая артерия.

6 – шунты между артерио-венозными сосудами и поверхностными венами.

По характеру гемодинамических нарушений при этой болезни много общего с травматическими аневризмами, поэтому их иногда называют врожденными артерио-венозными аневризмами.

Заболевание локализуется чаще слева, чем справа, и в 60% на нижних конечностях; верхние конечности поражаются значительно реже - около 25%. Редко встречаются особо опасные локализации артерио-венозных свищей: расположение их в малом тазу может угрожать целостности половых органов, почек, мочевого пузыря и прямой кишки.

Для болезни Паркс Вебера характерны следующие общие симптомы:

1. Увеличение в объеме и в длину пораженной конечности и особенно её дистальных отделов (*macrosumia partialis congenita*) (рис.83).

2. Гипергидроз, гипертрихоз и гиперпигментация, которые соответствуют пораженному участку тела. Повышенная волосатость обычно охватывает всю пораженную конечность и особенно заметна у мужчин. Чаще всего встречаются *naevus vasculosus* и располагаются на пораженной конечности; это плоские образования капилляров, причем под ними ткань обычно в состоянии ангиодисплазии.

3. Увеличение вен - наиболее частый симптом болезни. Они чаще преобладают в дисплазированной зоне. Увеличение вен зависит от эмбриональной их дисплазии прежде всего, а затем и от усиленном артериализации венозной крови. Характерно образование варикоза в молодом возрасте и на необычных местах.

4. Пульсирующий шум в венах и дрожание конечности появляются только при широких артерио-венозных сообщениях; они возникают от завихрения крови в венах, когда она протекает через свищ. Завихрения крови возникает на местах аневризматических увеличений артерий.

5. Тромбофлебиты и флеботромбозы возникают от застоя крови в расширенных венах. Если у больного развиваются симптомы венозного стаза, то появляются отеки, дерматиты со склеродермией и обычной варикозной язвой. Язвы у них могут осложняться кровотечениями от небольших травм.

6. Повышение температуры пораженной конечности на несколько градусов.

7. Симптом Добровольской - урежение пульса на 6-12 ударов при сдавлении у паха конечности жгутом.

Для диагностика важны такие показатели: повышение оксигенации венозной крови (от 70 до 95%), ультразвуковая доплерография.

Ангиографическое исследование: контрастирование сосудистой полости, сообщающейся с артериями и венами, одновременное контрастирование артерий и вен и другие признаки (рис. 82).

Хирургическое лечение болезни Паркс Вебера заключается в перевязке и удалении артериовенозных анастомозов, образованных крупными артериями и венами, при наличии множественных свищей - перевязка афферентной артерии. Применяются операции десимпатизации ангиодисплазированной зоны.

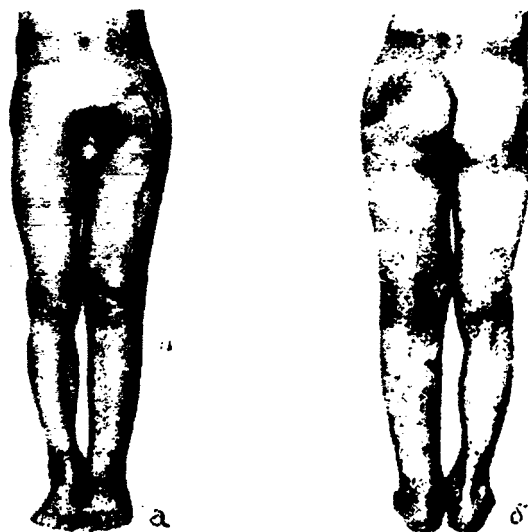


Рис. 83. Врожденные артериовенозные свищи левой нижней конечности (И. П. Даудярис).
а – вид спереди; б – вид сзади.
Левая конечность длиннее и толще правой. Видны темные пигментные пятна.

Болезнь Клиппель – Треноне (флебоангиодисплазии)

В 1900 г. M. Klippel и P. Trenaunay описали сложный врожденный порок венозной системы нижних конечностей, заключающийся в аплазии или гипоплазии глубоких магистральных вен. Это заболевание носит название синдром Клиппель - Треноне. В связи с тем, что часто гипоплазия или аплазия сочетается с существованием врожденных патологических артериовенозных свищей, ряд авторов объединяет эти два заболевания и называют их болезнью Паркс Вебера – Рубашова – Клиппель – Треноне. Однако это название правомочно лишь при сочетании этих врожденных флебоангиодисплазий. Врожденная непроходимость вен чаще всего является следствием недоразвития (агенезии) каких-либо сегментов системы нижней полых вен, наличия в них мембран, стенозов вследствие экстравенозного разрастания рубцовой ткани и других причин.

Болезнь Клиппель - Треноне характеризуется триадой симптомов - удлинением и утолщением пораженной конечности, варикозным расширением вен атипичной локализации, пигментными ангиоматозными пятнами кожи. Симптомы появляются сразу после рождения

и в первые годы жизни ребенка. С окончанием периода роста человека останавливается и гипертрофия конечности.

Как видно, клиническая картина двух видов ангиодисплазии сходна, поэтому дифференцировать эти формы можно с помощью ангиографических исследований. При синдроме Клиппель - Треноне регистрируется высокое венозное давление, которое не зависит от положения тела больного.

Лечение консервативное бесперспективно. Однако восстановительные хирургические операции возможны лишь при аплазии небольших сегментов магистральных вен.

Варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК).

Varices Venarum

Варикозное расширение вен - патологическое изменение вен, характеризующееся неравномерным увеличением их просвета, с образованием выпячивания в зоне истонченной венозной стенки, искаженным ходом сосудов с развитием узлоподобной извитости их, функциональной недостаточностью клапанов и извращенным кровотоком. Варикозному расширению подвергаются вены, расположенные в легко сжимаемых тканях: подкожной жировой клетчатке, в подслизистом слое пищевода, желудка и кишечника. Наиболее часто встречается варикозное расширение поверхностных вен нижних конечностей, подслизистого слоя пищевода (при портальной гипертензии), прямой кишки (геморрой), семенного канатика (варикоцеле).

Варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей принято делить на первичное, развивающиеся вне связи с каким-либо заболеванием, и вторичное, проявляющееся после перенесенного тромбоза глубоких вен при травматических и врожденных артерио-венозных свищах, при аплазии и гипоплазии глубоких вен.

Первичное ВРВ нижних конечностей встречается по данным ВОЗ у 15-17% взрослого населения, причем 1% заболевших в конечном итоге теряют трудоспособность. Женщины болеют этим заболеванием в 3 - 4 раза чаще мужчин.

У 50% больных заболевание начинается в возрасте от 20 до 40 лет. Примерно с одинаковой частотой ВРВ наблюдается на правой и на левой конечностях, но чаще бывает двусторонним. Наиболее часто

ВРВ наблюдается в системе большой подкожной вены. Варикозное расширение малой подкожной вены вследствие того, что она на большем своем протяжении проходит субфасциально, встречается значительно реже.

Этиология и патогенез.

Единой общепринятой теории этиология и патогенеза варикозной болезни пока нет. Первичное варикозное расширение вен - полиэтиологическое заболевание. Причинами его считают слабость мышечно-эластических волокон стенок поверхностных вен и врожденную неполноценность их клапанного аппарата, передающуюся по наследству, токсико-инфекционные факторы, поражение нервного аппарата вен, ослабляющее действие гормонов на мускулатуру венозной стенки в период беременности.

Предрасполагающими факторами к появлению первичного варикозного расширения вен являются: чрезмерная физическая нагрузка в юношеском возрасте, когда характер и объем физической нагрузки не соответствуют возрастным особенностям организма; профессиональная специфика, связанная с длительным стоянием на одном месте. Нельзя исключить и воздействие интоксикаций и инфекций на сосудистый тонус. При этом необходимо принимать во внимание и анатомические факторы, как эпифасциальное положение большой подкожной вены, отсутствие клапанов в ней или их функциональная недостаточность, что, естественно, ведет к развитию ВБНК.

1. Механическая теория патогенеза объясняет возникновение варикозного расширения подкожных вен большой физической нагрузкой и затруднением венозного оттока, возникающих при длительном стоянии и физической работе. Поэтому заболевание свойственно лицам «стоящих профессий»: кондукторам, парикмахерам, хирургам и др. Механическая теория связывает также происхождение варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей с затруднением оттока крови из вен нижних конечностей (при беременности, повышении внутрибрюшного давления и пр.).

2. Теория клапанной недостаточности выдвинута Тренделенбургом (1890). Происхождение ВРВ нижних конечностей объяснялось результатом первичной или вторичной недостаточности клапанов вен, регургитации крови в подкожных венах и извращённого кровотока из глубоких вен в подкожные. Этому способствует физическая нагрузка, повышение давления в брюшной полости, ортостатическое положение и т.д. Редукция венозных клапанов, происходящая с возрастом, также способствует повышению гидростатического давления в подкожных венах.

3. Теория врожденного «артерио-венозного шунта». По мнению Пиулак и Видаль-Барраки все идеопатические постфлебитические ВРВ имеют единое происхождение, а именно, наличие врожденных артерио-венозных связей (шунтов), выраженных у многих людей в большей или меньшей степени. Эти артерио-венозные шунты до поры до времени находятся в латентном состоянии, т.е. закрыты и не функционируют. Однако под влиянием различных факторов - гормональные нарушения, резкие температурные колебания, травма, статический фактор, менопауза, инфекции и интоксикации и др. - они приходят в действие. Все эти факторы вызывают расширение существующих артерио-венозных фистул. Артериальная кровь, поступающая в вены под большим давлением, вызывает их расширение и образование варикозных узлов. Клапаны растягиваются и делаются несостоятельными. Таким образом, согласно этой теории, недостаточность клапанов является вторичной, а не первичной.

4. Нейро-эндокринная теория объясняет происхождение ВРВ нарушением функции желез внутренней секреции. Нарушения эндокринного статуса в связи с беременностью, родами и менструальным циклом вызывают усиление притока крови к тазовым органам и нижним конечностям, раскрытие артерио-венозных анастомозов, понижение тонуса венозных сосудов, способствующих их расширению, появлению относительной недостаточности венозных клапанов, затруднение оттока венозной крови и венозной гипертензии.

5. Теория конституционных особенностей соединительной ткани (Й.Даудярис). Основным фактором ВРВ нижних конечностей является наследственная слабость соединительной ткани организма, стенок и клапанов самих вен, а также высокое давление в венах нижних конечностей. Наследственная слабость соединительной ткани проявляется также грыжами, варикоцеле, геморроем, деформациями позвоночника и конечностей, плоскостопием и др. болезнями.

К наиболее важным этиологическим факторам развития ВБНК следует относить:

- наследственную предрасположенность (наличие данной патологии у обоих родителей повышает риск наследования болезни до 60%);
- половую принадлежность – женщины болеют в 1,5 – 2 раза чаще (этому способствует беременность, гормональные нарушения);
- избыточная масса тела (увеличение веса на 20% приводит к пятикратному увеличению риска развития ВБНК);
- длительные статистические нагрузки и малая двигательная активность.

Патологическая анатомия: при ВРВ в первую очередь наблюдаются изменения в мышечном слое венозной стенки. В ранней стадии процесса отмечается гипертрофия мышечной ткани. В более поздних стадиях происходит замещение мышечных элементов в стенках вен грубой соединительной тканью. Этот процесс замещения протекает неравномерно по всему протяжению сосуда, поэтому на разных участках вены имеется значительная степень утолщения, чередующаяся с резко истонченными просвечивающимися стенками. Клапаны претерпевают грубые изменения. Часть их полностью исчезает, другие становятся дряблыми, матовыми с бахрамчатым краем. Нередко на участках вен вблизи клапанов появляются зоны кальцификации.

Степень и характер наступившей атрофии обуславливают и различные формы расширения вен. Они могут быть цилиндрическими, мешотчатыми, извилистыми или змеевидными, смешанными. При цилиндрической форме вена равномерно расширена, стенка ее утолщена. Мешотчатая форма характеризуется наличием своеобразных кармано-подобных выпячиваний по ходу варикозно расширенной вены. Стенки вены, в особенности в самих выпячиваниях, резко истончены. При змеевидной форме отмечается выраженная извилистость по ходу вены, стенки её также резко истончены. При смешанной форме наблюдается сочетание всех видов расширения, о которых говорилось выше.

Выраженные застойные явления в системе большой подкожной вены приводят к недостаточности капиллярного кровообращения и нарушению питания тканей. Вследствие повышенной проницаемости стенки вены в клетчатку проникают белки плазмы, постепенно происходит их организация. Подкожножировая клетчатка в дистальных отделах голени очень часто подвергается склеротическим изменениям. Сдавление кожных сосудов рубцовоизмененной склерозированной тканью может вызвать образование трофических язв. Застой крови в венах и повышенная проницаемость стенок сосудов, способствуют тому, что эритроциты попадают в ткани и разрушаются в них. Скопление гемосидерина обуславливает своеобразную пигментацию кожи, часто наблюдаемую при ВРВ.

Классификация.

Предложено много классификаций первичного ВРВ, однако ни одну из них нельзя признать исчерпывающей. Наиболее отвечает требованиям клинициста классификация, в основу которой положен патогенетический принцип:



В 2000 году в Москве на Совещании экспертов принята и рекомендована к использованию более простая для клинического использования классификация.

Клиническая классификация ВБК (Совещание экспертов, Москва, 2000)

Форма варикозной болезни:

- I. Внутрикожный и сегментарный варикоз без патологического вено-венозного сброса.
- II. Сегментарный варикоз с рефлюксом по поверхностным и/или перфорантным венам.
- III. Распространенный варикоз с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам.
- IV. Варикозное расширение при наличии рефлюкса по глубоким венам.

Степени хронической венозной недостаточности:

- 0 – отсутствует;
- 1 – синдром «тяжелых ног»;
- 2 – преходящий отек;
- 3 – стойкий отек, гипер- или гипопигментация, липодерматосклероз, экзема;
- 4 – венозная трофическая язва.

Клиническая картина. Первый признак заболевания – появление умеренно расширенных вен на бедре или на голени. Но большинство больных ВРВ ни на что не жалуются и расширение вен считают лишь косметическим дефектом (стадия компенсации). Недомогания непостоянного характера появляются только при нарушениях кровообращения. Отмечаются тяжесть, усталость, парестезии, тупые расширяющие боли в пораженной конечности, иногда небольшой отек в области голеностопного сустава. Жалобы более выражены при стоянии, уменьшаются при ходьбе и исчезают в горизонтальном положении больного. Нередко больные жалуются на ночные судороги в икрах, особенно если он спит, тепло укрывшись. Больные хуже чувствуют себя при жаркой погоде. Ноги больше утомляются при работе в положении стоя, при длительной ходьбе.

Боли в ногах никогда не бывают интенсивными, мучительными. При отдыхе все неприятные ощущения исчезают (стадия субкомпенсации). При осмотре видны извилистые, просвечивающие через кожу или даже выступающие наружу стволы и конгломераты варикозных вен. Из-за густой сети мелких расширенных вен область лодыжек и стопа утолщаются и приобретают синюшный цвет. В горизонтальном положении синюшность исчезает. Необходимо осмотреть конечности со всех сторон, установить, нет ли плоскостопия, обратить внимание на грыжи, варикозное расширение вен семенного канатика, геморрой. С помощью сантиметровой ленты выясняют, насколько на различных уровнях больная конечность толще здоровой. При отеке большой конечности к вечеру разница в объеме может достигать 2-3 см. После отдыха отек спадает полностью или уменьшается до 1-2 см за счет активации лимфадренажной функции конечности. Постоянный отек конечности свидетельствует о декомпенсации болезни и резком нарушении ее флебогемодинамики.

При пальпации определяют стволы и узлы варикозных вен, их наполнение. Обычно удается прощупать в подкожной клетчатке или в рубцовой ткани расширенные вены и отверстия несостоятельных перфорантов в апоневрозе голени. При декомпенсации ВРВ боли и отеки конечности нарастают, появляются потливость и зуд, усиливающийся по ночам, что является предвестником трофических осложнений. При прогрессировании болезни усиливается зуд, отек, появляется сухая или влажная экзема, кожа нижней части голени становится темно-коричневой, блестящей, легко ранимой. Повторяющиеся воспаления превращает подкожную жировую клетчатку в рубцовую ткань, в которой замурованы подкожные вены, причем сама кожа становится неподвижной, крепко связанной с подкожными рубцами и венами.

Осложнения варикозной болезни нижних конечностей

1. Образование варикозных язв. Венозная трофическая язва представляет собой дефект кожи и глубже лежащих тканей голени, возникающий в результате хронического нарушения венозного оттока и неживающий в течение 6 недель.

Флебогипертензия, нарушения микроциркуляции, тромбоз мелких сосудов и воспаление резко нарушат питание и оксигенацию тканей, что ведет к их некробиозу и образованию варикозных язв. Наиболее часто язвы возникают на внутренней поверхности голени выше лодыжки. Это обусловлено тяжелыми флебогемодинамическими условиями, которые складываются в нижней трети внутренней поверхности голени. Здесь встречаются потоки крови, возникающие за счет клапанной недостаточности поверхностных вен (вертикальный рефлюкс) и недостаточности клапанов перфорантов (горизонтальный рефлюкс). В результате формируется зона «гидравлической бомбардировки», в которой венозное давление повышается до 250 – 300 мм водного столба. В других местах варикозные язвы образуются редко. Язвы чаще одиночные, но могут быть и множественные. Язвы быстро увеличиваются, очень болезненны, с обильными гнойными выделениями. Язва плоская, дно ровное, нередко достигает апоневроза, а края становятся плотными, гиалинизированными, приподнятыми. Вокруг язвы обычно наблюдается широкая зона индурации и гиперпигментации. Язвы часто не заживают месяцами и годами, замещаются грубым рубцом с истонченной кожей над ним, которая склонна повторно изъязвляться. Хронические язвы могут злокачественно перерождаться.

2. Острые тромбофлебиты варикозно-расширенных вен. Инфекция и аутосенсibilизация могут вызывать тромбофлебит варикозных вен. Появляется болезненное уплотнение по ходу вены, переходящее на подкожную клетчатку и кожу, т.е. развиваются явления перифлебита. Кожа по ходу венозного ствола часто гиперемирована.

3. Кровотечение из варикозных узлов. Стенка венозного ствола резко истончается. Если она и истонченная над ней кожа разрывается, то возникает сильное наружное венозное кровотечение, ибо склерозированная вена не спадается, а кровотечение поддерживается гипертензией. Иногда кровотечение обусловлено узурацией перфорантной или другой вены на дне варикозной язвы. При поднятии ноги вверх и наложении давящей повязки кровотечение останавливается. В месте разрыва варикозных узлов обычно возникает язва.

Диагностика: необходимо всесторонне обследовать больного и установить зависимость жалоб от варикозной болезни или от другого заболевания, например, от плоскостопия, воспаление сустава, мышц или

нерва и т.д. Необходимо собрать подробный анамнез, выяснить условия труда и быта, перенесенные болезни, особенно флеботромбоз, начало и причины болезни, ее течение, осложнения и предыдущее лечение.

Исключительно важно диагностировать опухоль брюшной полости и таза, которые могут служить причиной вторичного (компенсаторного) варикозного расширения вен. Необходимо провести ректальное, а у женщин и вагинальное исследование.

Для оценки состояния подкожных, перфорантных и глубоких вен значительную помощь оказывают функциональные пробы.

1) Недостаточность венозных клапанов поверхностных вен можно выявить рядом специальных приемов:

а) Проба Троянова-Тренделенбурга позволяет установить недостаточность остиальных клапанов поверхностных вен. В горизонтальном положении больного поднимают его большую ногу вверх для опорожнения варикозно расширенных вен. Прижимают большую подкожную вену у ее устья пальцами. Больной встает при продолжающейся компрессии вены. Если тотчас же устранить сдавление вены, то при неполноценности ее остиального клапана определяется быстрое заполнение поверхностных вен за счет обратного тока крови сверху (симптом положительный). Если вены заполняются при продолжающемся сдавлении поверхностных вен, следует думать о наличии клапанной недостаточности коммуникантов.

б) Проба Гаккенбруха или симптом кашлевого толчка. Ощупывая вену на бедре можно пальпаторно определить передаточные толчки крови при кашле. Это свидетельствует о недостаточности венозных клапанов.

в) Симптом Шварца - передача волны от толчка пальцем по ходу большой подкожной вены в ретроградном направлении.

2) Для оценки клапанной недостаточности коммуникантных вен применяются следующие пробы.

а) Трехжгутовая проба В.Н.Шейниса дает представление не только о функции поверхностных, но и коммуникантных вен. В положении больного лежа после освобождения поверхностных вен от крови накладывают три жгута: в верхней и средней третях бедра и тотчас ниже колена. Больной встает. Быстрое заполнение вен между жгутами на голени говорит о неполноценности клапанов перфорантных вен.

б) Проба Тальмана

Для проведения пробы используется один длинный жгут из мягкой резины (2-3 м). Жгут накладывают на конечность по спирали снизу вверх на расстоянии между витками 5-6 см. Условия наложения жгута такие же, как при пробе Шейниса. Наполнение подкожных вен како-

го-либо отдела на конечности свидетельствует о клапанной недостаточности коммуникантов.

в) Проба Пратта-2 с двумя бинтами (Pratt, 1941) (рис.84).

На поднятую ногу больного в положении лежа накладывают эластический бинт, начиная от пальцев до паховой складки, а затем на бедро под пупартовой связкой - тонкий - резиновый жгут только для сдавления поверхностных вен. После этого больного переводят в вертикальное положение. Под жгутом накладывают второй - эластический бинт, обвивая конечность книзу и постепенно снимая первый бинт таким образом, чтобы между ходами верхнего и нижнего бинта оставался промежуток в 5 - 6 см. Как только по снятии первого бинта появится наполненный кровью и напряженный узел, его отмечают на коже раствором бриллиантовой зелени. В этом месте имеется анастомоз с глубокими венами при недостаточности клапанов коммуникантных вен. Эти вены подлежат обязательной перевязке во время операции.

3) Для выявления проходимости глубоких вен, что важно для определения показаний к операции, применяются следующие функциональные пробы:

а) Маршевая проба Дельбе-Пертеса заключается в том, что на пораженную конечность в верхней трети бедра в положении больного стоя накладывают венозный жгут, сдавливающий только подкожные вены, и предлагают больному ходить в течение 3-5 минут. Если глубокие вены проходимы, то подкожные вены опорожняются и спада-

ются. При непроходимости глубоких вен они переполняются кровью и становятся более напряженными.

б) Проба Претта - 1. Проба проводится в лежачем положении больного. На пораженную конечность в верхней трети бедра накладывают венозный жгут, затем ногу бинтуют эластическим бинтом от стопы до наложенного жгута. После этого больному предлагают походить. При непроходимости глубоких вен через 10 мин ходьбы появляются сильные распирающие боли и отек конечности.

Если результаты этих проб сомнительны, то для решения вопроса о хирургическом лечении следует провести дополнительные исследования: флебоманометрию или флебографию.

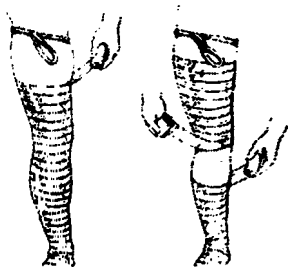


Рис. 84. Проба Пратта с двумя бинтами (объяснение в тексте)

Флебоманометрия - изменение венозного давления аппаратом. Вальдмана в 80% случаев дает достоверные результаты. Манометрическое измерение давления в венах стопы после маршевой пробы покажет быстрое снижение давления, если глубокие вены проходимы. При закупорке глубоких вен давление в венах стопы остается без изменения или повышается. При натуживании (проба Вальсальвы) повышение давления более 10-15% указывает на непроходимость глубоких вен. Флебография в диагностике ВРВ применяется только при невозможности установления диагноза другими менее сложными методами (первичный или вторичный варикоз, причина рецидива болезни). Флебография с заполнением глубоких вен рентгеноконтрастным веществом производится через надлодыжечную вену по току крови с предварительным наложением жгута выше лодыжек для сдавления поверхностных вен (дистальная флебография). Флебография дает возможность выявить ход сосудов, наполнение, сравнить ширину просвета глубоких вен, заброс контраста в поверхностные вены через комуниканты (рис. 85). Для оценки состояния клапанного аппарата бедренной вены и проходимости подвздошных вен контрастное вещество вводится в бедренную вену путем её пункции или катетеризации (проксимальная флебография).



Рис.85. Флебограмма больного А., 36 лет, с первичным варикозом
(взято у П.П.Алексеева)

После снятия жгута кровь с контрастным веществом «проваливается» вниз
(а) и заполняет поверхностные вены.
(б) - недостаточность клапанов

Более информативно позволяет судить о состоянии магистральных и перфоративных вен неинвазивный метод исследования – ультразвуковая доплерография, которая должна быть использована у всех больных, страдающих сосудистой патологией.

Дифференциальная диагностика ВБНК проводится с бедренными грыжами, паховыми лимфаденитами, абсцессами, лимфедемой, врожденными заболеваниями вен, вторичным (симптоматическим) расширением вен, облитерирующем атеросклерозом, а при наличии язв – от диабета, сифилиса, туберкулеза, синдром Марторелли и др.

Аневризматический расширенный варикозный венозный узел паховой области по сравнению с бедренной грыжей, лимфаденитом и абсцессом характеризуется мягкой консистенцией, легкой сдавливаемостью, синюшной истонченной кожей. Обычно выявляется ВБНК конечностей. При прижатии большой подкожной вены ниже узла последний исчезает, а в случае прижатия выше узла – увеличивается. Перкуторный звук над узлом тупой, ворота грыжи не определяются. Покрывающая грыжу кожа имеет нормальную окраску. Само образование при грыже мягкое, легко репонируется через хорошо прощупываемые ворота. При перкуссии грыжевого выпячивания часто определяется тимпанический звук.

Лимфаденит и абсцесс вызывают инфильтрацию, боль, гиперемию кожи. Тромбоз варикозного узла паховой области трудно отличить от невраправимой или ущемленной бедренной грыжи, лимфаденита или абсцесса, ибо эти состояния также сопровождаются болезненным уплотнением и гиперемией кожи.

Дифференцировать ВБНК и врожденные дисплазии вен позволяет анамнез. Для врожденных дисплазий характерно диффузное, нередко небольшое ангиомоподобное расширение вен атипичной локализации.

Ангиомы и сеть вен выявляются при рождении ребенка или в период полового созревания. Для ангиодисплазии характерны удлинение, утолщение пораженной конечности и наличие пигментных пятен коричневой окраски.

Лимфедему и слоновость характеризуют резкое утолщение, бледность, понижение температуры пораженной конечности. Вены не расширены. В анамнезе рожистое воспаление, лимфангит, лимфаденит.

Варикозную болезнь наиболее сложно дифференцировать от вторичного (симптоматического) расширения вен, которое развивается после тромбоза глубоких вен или при сдавлении магистральных вен опухолью, рубцом либо воспалительным инфильтратом. Выявить вторичный варикоз помогают анамнез и свойственное тромбозу диффуз-

ное расширение вен и значительно более выраженные, чем при первичном расширении вен, расстройства флебогемодинамики и трофики. В сомнительных случаях помогают ультразвуковая доплерография и флебография.

Лечение

Консервативное лечение заключается в ношении эластических чулок или бинтов, направлено на улучшение оттока крови из поверхностных вен в глубокие за счет сдавления поверхностных вен (эластическая компрессия). Оно направлено на улучшение кровообращения в нижних конечностях и профилактику тромбофлебита варикозно расширенных вен, однако этот метод не предупреждает от дальнейшего прогрессирования заболевания и не приводит к излечению. Показано применение лечебной физкультуры, физиотерапии. Консервативному лечению подлежат больные с незначительным расширением вен, при наличии противопоказаний к операции.

При наличии трофических язв с целью консервативного лечения и предоперационной подготовки широко используются методы компрессионной терапии с помощью резиновой губки, воздействие лазерного облучения, ферментативное очищение язв, различные раневые покрытия.

Из медикаментозных средств при ВРВ назначаются эскузан, веноплант, витамин В1, венорутон, троксевазин, детралекс, компламин и другие препараты, тонизирующие вены и улучшающие лимфодренажную функцию конечности.

Программа консервативного лечения в зависимости от степени хронической венозной недостаточности

0 степень:

- Эластическая компрессия (лечебный трикотаж 1-2 класса)

1 степень:

- Эластическая компрессия (лечебный трикотаж 1-2 класса)
- Эпизодические курсы монофармакотерапии

2 степень:

- Эластическая компрессия (лечебный трикотаж 2 класса)
- Повторные курсы монофармакотерапии
- Физиотерапия и санаторно-курортное лечение

3 - 4 степени:

- Эластическая компрессия (лечебный трикотаж 2-3 класса)
- Непрерывная комбинированная фармакотерапия
- Местное лечение
- Физиотерапия

Склерозирующая терапия заключается во введении в просвет по-

раженной варикозом вены различных веществ (фибровейн, этоксисклерол) для повреждения интимы вены и развития в последующем её облитерации. Применение метода оправдано при лечении отдельных варикозных узлов или при рассыпанном типе ВРВ. Достоинством склеротерапии является относительная её косметичность и возможность применения в амбулаторных условиях.

Недостатком склерозирующей терапии является большой процент рецидивов, возможные некрозы кожи, опасность эмболии, тромбоз глубоких вен.

Склеротерапия при варикозном расширении вен должна применяться только при отсутствии патологических вено-венозных сбросов. Показаниями к склеротерапии в настоящее время являются:

- 1) ретикулярный (внутрикожный варикоз) и телеангиэктазии;
- 2) изолированный варикоз притоков магистральных подкожных вен;
- 3) период после венэктомии (для облитерации не удаленных варикозных вен).

В последние годы успешно развивается метод эхосклеротерапии. Постоянный ультразвуковой контроль позволяет производить пункции тех вен, которые спадаются и перестают быть доступными осмотру и пальпации, а также варикозных узлов в подколенной ямке и паховых областях.

Оперативное лечение

Основные цели оперативного лечения должны сводиться к устранению ретроградного тока крови из подвздошных и полых вен, прекращению рефлюкса крови через недостаточные коммуникантные вены из глубоких в поверхностных и обеспечению оттока крови по глубоким венам.

Хирургическое лечение показано при:

1. варикозной болезни с несостоятельностью клапанов подкожных и перфорантных вен;
2. варикозной болезни, осложненной кровотечением, тромбозом, индурацией и гиперпигментацией голени, экземой, дерматитом и язвами (после их полной или частичной санации)
3. выраженных рецидивах первичного расширения вен после склерозирующей терапии.

Противопоказания к операции:

- 1) компенсированное диффузное расширение вен;
- 2) непроходимость глубоких вен;
- 3) наличие тяжелой патологии сердца и сосудов,

легких, печени, почек, при злокачественных опухолях, эндартериите, облитерирующем атероклерозе, слоновости. Нежелательно оперировать неподвижных больных, лиц с ожирением III ст. Операция противопоказана при наличии фурункулов и других гнойных очагов, влажной экземе, дерматите, гнойной язве. Эти осложнения надо санировать и оперировать спустя 1-2 месяца. Беременность, в общем, не является противопоказанием, однако большинство хирургов избегают вмешательства в этот период.

Применяемые операции можно разделить на три группы:

1. Устраняющие ретроградный ток крови в поверхностные вены.
2. Венэктомия - удаление варикозно расширенных вен.
3. Выключение из кровообращения и облитерация варикозно расширенных вен.

К первой группе относят операцию Троянова-Тренделенбурга (пересечение и перевязка большой подкожной вены у ее устья). Из небольшого разреза кожи ниже пупартовой связки выделяют большую подкожную вену, перевязывают в месте впадения ее в бедренную вену и пересекают. Одновременно пересекают все вены, впадающие в большую подкожную вену в области сафено-бедренного анастомоза. Это имеет большое значение для предупреждения рецидивов заболевания.

В настоящее время эта операция самостоятельного значения не потеряла, а используется как этап радикальной венэктомии.

Вторая группа - операции Маделунга, Бэбкокка, Нарата. Операции заключаются в иссечении большой подкожной вены.

Операция Маделунга (Madelung, 1884).

Заключается в иссечении всей расширенной вены через один большой лампасный разрез кожи по ходу вены, или через несколько небольших разрезов

Операция Бэбкокка (Babcock W., 1907) - удаление вены с помощью зонда. Для этого в просвет пересеченной большой подкожной вены вводят специальный зонд с оливой на конце, который максимально продвигают в дистальном направлении конечности. Затем над оливой зонда, находящегося обычно на голени, делают небольшой разрез кожи, пересекают вену и конец ее фиксируют лигатурой к зонду. После этого зонд извлекают вместе с веной, которая выворачивается как перчатка. Анастомозирующие вены при этом обрываются, что часто приводит к образованию гематом. Для предотвращения сразу

после удаления большой подкожной вены на бедро накладывают давящую повязку. На голени подкожные вены удаляют из отдельных небольших разрезов кожи, отстоящих друг от друга на 10-15 см. Этот метод предложен Наратом (Narath, 1905). Помимо удаления основного ствола большой подкожной вены, необходима тщательная перевязка и пересечение всех недостаточных коммуникантных вен на внутренней поверхности голени, в надложечной области. Перевязку коммуникантов можно провести надфасциально (Коккет) или после расsectiona фасций - субфасциально (Линтон) Субфасциальная перевязка производится при выраженных трофических изменениях в коже и подкожной клетчатке.

В случае выявления нарушения венозного кровотока в глубоких венах применяется резекция или дистанционная окклюзия заднеберцовых вен. Эти вмешательства позволяют устранить ретроградный кровоток и гипертензию в глубоких венах, а также патологический кровоток по перфорантным венам.

Третья группа - операции наложения множественных (до 100 - 150) лигатур по ходу расширенных вен и узлов с целью получения полной облитерации сосудов. Лигатуры могут накладываться на вену путем прошивания через кожу (Шеде-Кохер) или погружные подкожные лигатуры (Клапп-Соколов). Эти операции сочетаются с операцией Троянова-Тренделенбурга. В настоящее время почти не применяются как самостоятельный метод оперативного лечения.

Эффективным средством профилактики различных послеоперационных осложнений является точное выполнение техники операции и ранняя активация больного. Вставать и ходить разрешается на 2-3 сутки после операции, швы снимают на 7-10 сутки. В случае отсутствия осложнений больного в эти сроки выписывают для амбулаторного лечения при условии обязательного бинтования конечности эластическим бинтом или ношения эластического чулка в течение 2-4 месяцев.

Рецидивы после операции у 8-10% больных. Причины рецидивов:

- 1) рецидивы из-за ошибок диагностики;
- 2) технические ошибки во время операции;
- 3) неадекватное ведение после операции.

ТРОМБОФЛЕБИТЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Выделяют понятия тромбофлебит и флеботромбоз.

Флеботромбоз – наличие тромба в просвете вены.

Острый тромбофлебит – воспаление стенки вены, сопровождающееся образованием тромба в ее просвете.

При флеботромбозе образуется нефиксированный тромб в просвете вены при неизменной или малоизменной интиме сосуда, однако, через 2-3 суток в стенке вены в зоне тромба развиваются воспалительные явления, способствующие фиксации тромба. Таким образом, различия между флеботромбозом и тромбофлебитом исчезают.

Механизм образования тромбов в кровеносных сосудах сложный. Факторами, способствующими тромбообразованию, являются замедления тока крови, нарушение целостности венозной стенки и изменение физико-химических свойств крови в сторону гиперкоагуляции (триада Вирхова).

Этиологические факторы, которые могут вести к появлению острого тромбофлебита, можно объединить в группы: 1) инфекционные процессы; 2) аллергические состояния; 3) травмы вен; 4) злокачественные новообразования.

К инфекционным процессам при которых может развиваться острый тромбофлебит конечностей, относятся также заболевания как грипп, ангина, тиф, пневмония, остеомиелит, флегмоны и др.

Среди аллергических факторов, способствующих развитию тромбофлебита, отмечает применение антибиотиков и других лекарственных средств, особенно вводимых внутривенно.

Острый тромбофлебит может возникнуть вследствие повреждения вен, полученных при ушибах, переломах костей, ожогах, операциях, родах. Описаны тромбофлебиты возникающие после длительных переходов.

При опухолях желудочно-кишечного тракта, легких, предстательной железы, поджелудочной железы может развиваться паранеопластический синдром системы свертывания крови. Возникающая при этом состоянии гиперкоагуляция ведет к развитию внутрисосудистого тромбоза.

Тромбофлебиты подразделяются на острые, подострые и рецидивирующие. Последние могут протекать как в острой, так и в подострой форме. Кроме этого, различают тромбофлебиты поверхностных и глубоких вен.

Острый тромбофлебит поверхностных вен является частым ос-

ложением варикозной болезни (33 – 64%), но может встречаться и при варикозно неизмененных венах.

При остром тромбофлебите варикозно расширенных вен больной жалуется на тянущую боль в области пораженной вены. Воспалительный процесс может сопровождаться недомоганием, субфебрилитетом. При осмотре по ходу пораженных венозных сосудов определяются гиперемия кожи, стволы расширенных вен превращаются в плотные болезненные тяжи, которые при развитии перифлебита становятся неподвижными, спаянными с инфильтрированной потемневшей или покрасневшей кожей. Может быть незначительный отек голени и области лодыжек, иногда увеличиваются паховые лимфатические узлы. Движения конечности остаются свободными, умеренно болезненными. Наиболее часто поражаются вены голени и нижней части бедра, реже тромбоз распространяется до паховой области.

Симптоматика тромбофлебита нерасширенных вен сходна с тромбофлебитом подкожных варикозных вен, но клинически протекает тяжелее. В большей степени страдает общее состояние больного, температура тела может достигать 38 – 39⁰С. При осмотре отмечается гиперемия кожного покрова на участках, расположенных над пораженной веной. По ходу воспаленной вены ощущается болезненный инфильтрат. Часто наблюдается сеть расширенных подкожных вен, болезненность мышц голени.

Реже встречается мигрирующий тромбофлебит поверхностных вен, вызванный злокачественными опухолями или болезнями периферических артерий (болезнь Бюргера).

Для мигрирующего тромбофлебита характерно множество очагов тромбоза в подкожных венах.

Умеренная болезненность в конечности определяется при пальпации узлов и движениях. Уплотнения через 1-3 недели исчезают самостоятельно, но спустя некоторое время тромбофлебит рецидивирует на других участках конечности.

Для диагностики острого тромбофлебита поверхностных вен не требуется дополнительных диагностических приемов.

Тромбофлебиты глубоких вен

Острый тромбофлебит магистральных вен нижних конечностей чаще всего начинается в глубоких венах голени. Клинически различают тромбоз глубоких вен голени, подколенно-бедренный и подвздошно-бедренный (илео-фemorальный) тромбоз.

Клиника глубокого тромбофлебита голени зависит от протяженности воспалительного процесса в венах и от количества вен, во-

влеченных в процесс.

Заболевание начинается остро с чувства распирания и затем резких болей в голени. Кожа становится напряженной и блестящей. В случае выраженного отека кожа в дистальных отделах конечности приобретает цианотичный цвет. Движения в голеностопном суставе ограничены из-за резкой боли. Отмечается пальпаторная болезненность мышц голени. Симптомом острого тромбофлебита глубоких вен голени является появление резкой боли в области икроножной мышцы при тыльном сгибании стопы (симптом Хоманса) (рис. 86). Для дифференциальной диагностики между тромбофлебитом и миозитом используют симптом Мозеса: голень сдавливают руками вначале в передне-заднем направлении, а затем с боков. Если пальпация сопровождается появлением боли только в первом случае, можно думать о поражении глубоких вен.

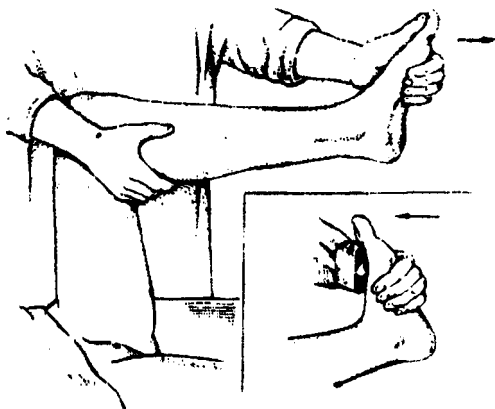


Рис. 86. Проба Хоманса
(П.П.Алексеев)

О тромбофлебите глубоких вен голени свидетельствует симптом Ловенберга – боль при сдавлении голени манжеткой тонометра при величине давления 80 – 100 мм.рт. ст.

Острый тромбофлебит подколенной и бедренной вен чаще всего возникает вследствие восходящего тромбофлебита глубоких вен голени, реже в результате перехода тромботического процесса с подкожных вен.

Характерно появление внезапных или постепенно нарастающих болей в подколенной области и по внутренней поверхности бедра (симптом Пайра). Отек захватывает голень, область коленного сустава, бедра. При тромбофлебите бедренной вены развивается выраженный отек конечности с венозным рисунком подкожных вен (симптом Пратта). Разница в размерах окружности бедра по сравнению со здоровой конечностью, достигает 10-12 см. Кожный покров бледный, в дистальных отделах наблюдается цианоз.

Повышение температуры тела сопровождается ознобом.

Острый подвздошно-бедренный тромбофлебит возникает в результате распространения тромботического процесса с бедренной или большой подкожной вены, а также вен таза.

Для острого подвздошно-бедренного тромбофлебита характерно появление ноющей, распирающей, реже острой боли в конечности, распространяющейся до стопы. Быстро нарастает подкожный отек всей конечности, который распространяется на ягодицу, переднюю стенку живота и промежность. Кожный покров напряжен, инфильтрирован с розовато-синюшным оттенком. При пальпации определяется инфильтрация тканей и болезненные уплотнения по ходу глубокой вены в паху и на бедре. Положительные симптомы Хоманса, Пратта, Ловенберга.

При доброкачественном течении тромбофлебита глубоких вен с 5-6 суток начинается организация и реканализация тромба, которая в 95% заканчивается восстановлением венозного кровотока. Однако венозные клапаны, попавшие в зону тромбоза, разрушаются, вследствие чего развивается несостоятельность венозного кровообращения нижних конечностей - посттромбофлебитический синдром.

Наблюдаются специфические формы течения тромбоза глубоких вен с характерной симптоматикой.

Белая флегмазия (phlegmasia alba dolens) – это острый диффузный тромбоз глубоких вен таза и нижней конечности с частичным сохранением венозного оттока, сопровождающийся резким и продолжительным спазмом артерии. Белая флегмазия чаще встречается у тучных рожениц с варикозной болезнью вен. Отмечаются резкие нарастающие боли в конечности, учащается пульс, температура тела повы-

шается до 40°C, озноб с проливным потом. Характерен быстро нарастающий «мягкий» отек конечности, промежности, ягодиц с молочно-белой окраской кожи. Пульсация артерий на стопе не определяется. Состояние ухудшается при переходе тромбоза в контрлатеральные вены таза, появляются боли в животе с явлениями паралитической кишечной непроходимости. Мочеиспускание становится учащенным и болезненным. Течение болезни продолжительное и тяжелое.

Синяя флегмазия (*phlegmasia coerulea dolens*) – это внезапно возникший тромбоз всего венозного русла нижних конечностей, вследствие чего венозный отток почти полностью прекращается. В то же время артериальный приток временно сохраняется, что способствует скоплению большого количества жидкости в конечности, ведущее к развитию гиповолемического шока, тяжелой интоксикации.

Начало заболевания острое. Характерны очень сильные распирающие боли в пораженной конечности или в обеих. Быстро нарастает отек, распространяющийся на всю конечность, промежность, ягодицу, переднюю поверхность брюшной стенки. Поверхностные вены расширены. Кожа становится холодной на ощупь, синего или фиолетового цвета (отсюда название заболевания).

Активные и пассивные движения в суставах отсутствуют, нарушены все виды чувствительности. На ноге появляются подкожные кровоизлияния и фликтены (отслойка эпидермиса с заполнением пузырей геморрагической жидкостью).

Состояние быстро ухудшается, из-за гемолиза прогрессирует анемия, учащается пульс, падает артериальное давление, отмечается затемнение сознания, резко повышается температура тела. Вскоре присоединяется острая печеночно-почечная недостаточность. Летальность при синей флегмазии достигает 60 %. Выздоровление продолжается месяцами, в отдаленном периоде отмечается тяжелое течение хронической венозной недостаточности.

Тромбоз нижней полой вены развивается вследствие распространения тромбоза с общих подвздошных вен. Возникает резкий отек и синюшность обеих конечностей, промежности, половых органов, нижней части живота и поясницы, резко ухудшается общее состояние, возникает боль в животе, нередко явление ложного «острого живота». При блокаде почечных вен развивается острая почечная недостаточность. Спасти жизнь больного может только тромбэктомия.

Для диагностики тромбофлебитов используются ультразвуковая доплерография, дуплексное сканирование, флебография, сканирование с использованием ¹²⁵J-фибриногена (определение включения радиоактивного фибриногена в сгусток крови).

Лечение

Лечение проводят в условиях хирургического стационара со строгим постельным режимом в течение 7-10 дней.

Основные цели лечения острого венозного тромбоза: профилактика тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), предупреждение хронической венозной недостаточности нижних конечностей, быстрая реабилитация больного.

Принципы лечения острого тромбофлебита (В.С.Савельев, 2002):

1. Прекращение прогрессирования тромбоза и его нарастания в проксимальном направлении.
2. Профилактика ТЭЛА.
3. Уменьшение отека конечности.
4. Восстановление проходимости вен.
5. Предупреждение рецидива тромбоза.

Для венозного тромбоза характерно развитие гиперкоагуляции, поэтому назначение антикоагулянтов является необходимым компонентом консервативной терапии. Их также назначают пациентам после операции для профилактики ретромбоза.

Традиционным является применение обычного нефракционированного гепарина (НФГ) внутримышечно или подкожно (в брюшную стенку ниже пупка), через 4 часа.

Суточная доза от 30 000 до 100 000 ЕД. Подбор дозы осуществляют по данным лабораторных анализов – активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), а также по времени свертывания по Ли-Уайту. Эти показания должны увеличиваться в 2-3 раза по сравнению с нормой.

Однако НФГ имеет ряд существенных недостатков. В настоящее время в клинической практике предпочтение отдается низкомолекулярным гепаринам (НМГ), которые обладают хорошим терапевтическим эффектом и просты в применении. К ним относятся клексан, фрагмин, фраксипарин, которые вводятся 1 раз в сутки.

В настоящее время проводятся исследования новых классов антикоагулянтов: пентасахарида, синтетических аналогов гирудина и др.

С 5-7 дня лечения гепарином целесообразно одновременно применение непрямых антикоагулянтов (фенилин, варфарин, синкумар). Гепарин отменяют, когда МНО¹ больного находится в пределах терапевтических границ (т.е. от 2 до 3) в течение двух дней. Лечение оральными антикоагулянтами должно продолжаться не менее трех

¹ МНО – Международное Нормализованное Отношение = (протромбированное время больного/ протромбированное время нормальной плазмы).

месяцев с контролем МНО каждые 10-14 дней. Показателем адекватности лечения непрямыми антикоагулянтами может служить так же снижение протромбинового индекса до 40-45%.

Тромболитическая терапия (стрептокиназа, урокиназа, целиаза) эффективна у больных, если срок заболевания не превышает 5-6 дней. В первые дни заболевания они могут вызвать растворение свежих тромбов, а в более поздних стадиях тромболизис способствует фрагментации тромба и возникновению ТЭЛА. Суточная доза стрептокиназы 1 000. 000 – 2 000. 000 ЕД. При использовании тромболитиков обязателен систематический контроль за свертывающей и фибринолитическими системами крови. При диагностике флотирующего тромба показана установка в нижнюю полую вену кава-фильтра ниже почечных вен или проведение оперативного вмешательства, предупреждающих развитие ТЭЛА. При илео-фemorальном тромбозе без установки кава-фильтра тромболитическая терапия противопоказана, т.к. она способствует фрагментации тромба и развитию ТЭЛА.

Для лечения острых тромбофлебитов применяются препараты, улучшающие микроциркуляцию и реологические свойства крови (низкомолекулярные декстраны, трентал, пентоксифиллин).

Для повышения тонуса вен целесообразно использовать высокоэффективные поливалентные флеботоники: детралекс, гинкор форт, эндетолон, троксерутин и др.

При лечении тромбофлебитов назначают противовоспалительные нестероидные препараты в различных формах (бутадион, диклофенак, ортофен, кетопрофен и др.) курсом 12-15 дней в общепринятых дозах препарата. Они оказывают и ангиопротекторное действие. Целесообразно применение спазмолитиков, непосредственно действующих на гладкомышечные элементы (но-шпа, никошпан, папаверин), десенсибилизирующую терапию, ангиопротекторы растительного происхождения (эскузан, эсфлазид, анавенол, веноплант и др.).

Антибиотикотерапия показана в случае возникновения септических гнойных тромбофлебитов глубоких вен. При асептическом тромбофлебите антибиотики неэффективны: они еще более усиливают свертываемость крови.

Оперативное лечение

При остром тромбофлебите поверхностных вен хирургическое лечение показано при восходящем тромбозе, т.е при распространении процесса на подкожную вену бедра до средней трети бедра. В этом случае создается угроза перехода тромбоза на глубокую вену бедра. Для профилактики распространения тромбоза на глубокую вену производят перевязки больной подкожной вены в овальной ямке по спо-

собу Троянова-Тренделенбурга.

В ряде клиник при остром тромбофлебите варикозно расширенных вен выполняют радикальную венэктомия.

При флотирующем тромбе, угрозе развития ТЭЛА, илеофemorальном тромбозе, синей флегмазии, распространении тромбоза на нижнюю полую вену в раннем периоде заболевания показана непря-мая тромбэктомия с помощью катетера Фогерти или вакуум-отсоса.

При безуспешности консервативного лечения тромбофлебита глубоких вен, прогрессирующем септическом восходящем тромбоф-лебите, в случае повторных микроэмболий легочной артерии приме-няется перевязка или пересечение магистральных вен.

При угрозе венозной гангрены конечностей показана длинная фасциотомия с целью высвобождения сдавленных мышечных сосу-дов, предупреждения распространенных некрозов и улучшения гемо-динамики.

При наличии угрозы ТЭЛА производят установку 'кава-фильтров или пликацию нижней полой вены.

Тромбоэмболия легочной артерии

Тромбоэмболия легочной артерии является наиболее грозным и частым осложнением тромбоза глубоких вен нижних конечностей и таза. Источником эмболии обычно бывают глубокие вены нижних ко-нечностей и таза. ТЭЛА и ТГВ составляют единый синдром, который ещё называют синдромом венозной тромбоэмболии. Эмболия легоч-ной артерии часто встречается при злокачественных опухолях, тяже-лой травме, после операций на органах грудной и брюшной полостей.

В.С.Савельев и соавт. (1979) в зависимости от объема и характе-ра поражения легочной артерии тромбоэмболии делят на три группы.

1. Массивная – эмболия ствола и главных ветвей легочной ар-терии.
2. Субмассивная – эмболия долевых и более мелких ветвей ле-гочной артерии, которая по объему поражения, т.е. по степени нарушения легочной перфузии, соответствует массивной.
3. Эмболия ветвей легочной артерии (долевые, сегментарные и более мелкие), которая вызывает суммарное уменьшение перфузии в объеме менее одного легкого.

В клинической картине ТЭЛА преобладают симптомы сердечно-сосудистой и легочной недостаточности.

При массивной и субмассивной эмболии характерно внезапное острое начало, вплоть до молниеносной смерти. Обычно внезапно возникает сильная боль за грудиной и мучительное затрудненное ды-

хание, которое резко учащается, становится поверхностным. Появляются беспокойство, чувство страха смерти, удушье. Возникает резкий цианоз лица и верхней половины туловища, кожа покрывается липким холодным потом. Шейные вены набухают. Артериальное давление падает, появляется тахикардия и аритмия. При аускультации можно выслушать акцент II тона на легочной артерии. Состояние больного быстро ухудшается и через 10-15 минут наступает остановка сердца.

Если при эмболии ветвей легочной артерии больной не умирает от шока, его состояние начинает медленно улучшаться. Развивается инфаркт легкого. Характерно появление кашля и кровохарканья. Впоследствии возникает одышка, тахикардия. При образовании инфаркта легкого появляется клиника инфаркт-пневмонии с повышением температуры тела. Считается, что 40-60% случаев послеоперационные пневмонии и плевриты имеют тромбозэмболическое происхождение. Эмболии легочной артерии могут быть повторными.

В.С.Савельев и соавт. (1979) выделяют ряд синдромов, которые определяют варианты течения ТЭЛА.

1. Легочно-плевральный синдром (одышка, «плевральная» боль в грудной клетке, цианоз, кашель с кровянистой мокротой).
2. Кардиальный синдром (боль за грудиной, тахикардия и гипотония вплоть до коллапса и обморочного состояния).
3. Абдоминальный синдром встречается редко, характеризуется болями в правом верхнем квадранте живота. Боли обусловлены раздражением правого купола диафрагмы и растяжением глассоновой капсулы при остром застое в печени.
4. Церебральный синдром связан со значительным снижением сердечного выброса и гипоксией мозга. Характеризуется потерей сознания, судорогами, гемиплегией.
5. Почечный синдром (секреторная анурия) встречается редко в изолированном виде. Наблюдается после выведения из шока и обусловлена длительной ишемией почек.

Диагностика ТЭЛА

При рентгенологическом исследовании грудной клетки отмечается повышенная прозрачность легочного поля, укорочение корней. На 2-3 сутки часто обнаруживается клиновидное затемнение легкого (инфаркт-пневмония), выпот в плевральной полости.

На ЭКГ определяется острая перегрузка правого сердца с нарушением правожелудочковой проводимости, отрицательный зубец Т в грудных отведениях.

Основным методом диагностики ТЭЛА является контрастная ан-

гиопульмонография, которая осуществляется путем катетеризации правых отделов сердца и легочной артерии через подключичную вену. На рентгенограмме выявляется дефект наполнения в ветвях легочной артерии крупного калибра, расширение ствола и главных ветвей легочной артерии, клиновидное сужение мелких сосудов, полное или частичное отсутствие контрастирования сосудов легкого на стороне поражения.

Лечение

Задачи лечения:

- 1) нормализация гемодинамики;
- 2) восстановление проходимости легочной артерии;
- 3) предотвращение рецидива заболевания (В.С.Савельев, 2003)

Консервативное лечение проводят больным при тромбоэмболии долевых, сегментарных и более мелких сосудов легочного русла. Методики лечения ТГВ и ТЭЛА сходны, так как они являются проявлением одного и того же процесса. При диагностике ТЭЛА больному придают положение Тренделенбурга для улучшения кровоснабжения головного мозга.

С первых минут важно начать противошоковые и реанимационные мероприятия.

Налаживают искусственную вентиляцию легких через аппарат с повышенным давлением, вводят седативные и обезболивающие препараты. Для улучшения вентиляции легких следует вводить бронхолитические препараты (изадрин, эуфиллин), а также атропин и антигистаминные препараты.

У больных отмечается уменьшение сократительной способности миокарда. В связи с этим необходимо назначать сердечные гликозиды немедленного типа (строфантин, дигоксин, коргликон и др.).

При возникновении аритмии необходимо применение антиаритмических средств (вплоть до электрической дефибрилляции).

После выведения больного из шока и коллапса или при подостром течении ТЭЛА назначают массивные дозы прямых антикоагулянтов и тромболитических препаратов. Наибольшей эффективностью эти препараты обладают при непосредственном их воздействии на очаг поражения. Поэтому тромболитики и антикоагулянты подводятся непосредственно к легочной артерии посредством катетеризации подключичной вены по Сельдингеру и проведения катетера в легочную артерию через полости правого отдела сердца. Лечение антикоагулянтами прямого действия и тромболитиками проводят в течение 2 недель, после чего переходят на антикоагулянты непрямого действия.

В комплекс лечения включают препараты, улучшающие реологические свойства крови и микроциркуляцию.

С первого дня назначают антибиотики для профилактики и лечения инфаркт-пневмонии.

При массивной тромбоэмболии и молниеносном течении заболевания выполняют прямую эмболизацию из легочной артерии лучше в условиях искусственного кровообращения (операция Тренделенбурга).

Для профилактики повторных ТЭЛА осуществляют введение в просвет нижней полой вены специальных фильтров, задерживающих миграцию эмболов, пликацию нижней полой вены, реже перевязку нижней полой вены ниже устьев почечных вен.

Больные перенесшие ТЭЛА нуждаются в дальнейшем в постоянном наблюдении коагулопатолога с целью коррекции гемостаза.

Ситуационные задачи

1. Вам пришлось прийти на помощь женщине 58 лет, у которой возникло обильное кровотечение из разорвавшегося варикозного расширенного венозного узла на левой голени.

В чем будет заключаться первая медицинская помощь? Каков дальнейший план лечения больной?

2. Больной 46 лет в течение ряда лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей. 3 дня назад появилась болезненность по ходу расширенной вены на заднемедиальной поверхности голени. Болезненность постепенно нарастала. Стал испытывать затруднение при передвижении, температура поднялась до $37,8^{\circ}\text{C}$. При осмотре по ходу вены определяется резкая гиперемия. Вена утолщена, местами четкообразна, пальпируется в виде резко болезненного шнура. Кожа в окружности несколько инфильтрирована, гиперемирована, болезненна. Отека на стопе и голени нет.

Каковы диагноз и тактика лечения?

3. Больная 53 лет поступила в стационар с жалобами на сильные боли в правой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$. Больна в течение 3 дней. Вначале были судорожные сокращения икроножных мышц, боли появились на второй день, а еще через день появился отек. При осмотре кожа правой стопы и голени гиперемирована, напряжена. Окружность правой голени больше ле-

вой на 5 см. Движения возможны, но крайне болезненны. При ощупывании конечности определяется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Сдавление рукой икроножных мышц вызывает резкую болезненность.

Какой диагноз вы поставите? Какое назначите лечение?

4. У молодой женщины 25 лет вскоре после родов появилось чувство тяжести в правой нижней конечности, усталость, парестезии, к вечеру небольшой отек в области голеностопного сустава, полностью исчезающий после отдыха. При осмотре на голени и бедре в вертикальном положении отчетливо выявляются расширенные вены в виде извитых стволов, узлов, выбухающих сплетений.

1. Ваш диагноз заболевания?

- а) Сдавление вен опухолью малого таза
- б) Варикозная форма посттромбофлебического синдрома
- в) Флебоангиодисплазия (болезнь Клиппель-Треноне)
- г) Врожденные артерио-венозные аневризмы (болезнь Паркс - Вебера-Рубашова)
- д) Дерматомиозит
- е) Бедренная грыжа
- ж) Варикозное расширение вен нижней конечности
- з) Хронический лимфостаз

2. Вы правильно определили диагноз. Это заболевание с самого начала преимущественно:

- а) Поверхностных вен голени и бедра
- б) Коммуникантных вен
- в) Глубоких вен
- г) Артерио-венозный свищ

3. Поверхностные вены на нижних конечностях характеризуются:

- а) Всегда следуют строго одноименным артериям
- б) Нередко бывают парными
- в) Имеют клапанную систему
- г) Давление в них выше, чем в глубоких
- д) Непосредственно впадают в нижнюю полую вену

4. Это заболевание встречается среди населения в:

- а) 5-7%
- б) 7-10%

- в) 11-14%
- г) 15-20%
- д) 21-25%

5. Факторами, способствующими развитию заболевания являются:

- а) Ослабление тонуса венозной стенки на фоне гормональной перестройки
- б) Врожденное отсутствие либо недоразвитие клапанного аппарата
- в) Слабость соединительных структур организма
- г) Перенесенный в прошлом тромбофлебит глубоких вен
- д) Наличие врожденных прекапиллярных шунтов
- е) Стеноз трикуспидального клапана сердца

6. В течении заболевания выделяют стадии:

- а) Доклиническая
- б) Компенсации
- в) Субкомпенсации
- г) Декомпенсации
- д) Отечная
- е) Тромбофлебитическая
- ж) Язвенная

7. О состоянии клапанного аппарата поверхностных вен позволяют судить по пробам:

- а) Троянова-Тренделенбурга
- б) Гаккенбрука
- в) Шейниса
- г) Тальмана
- д) Линтона

8. Состояние клапанного аппарата коммуникантных вен можно оценить пробами:

- а) Пратта-1
- б) Пратта-2
- в) Шейниса
- г) Тальмана
- д) Дельбе-Пертеса

9. Наиболее достоверно определить проходимость глубоких вен нижних конечностей позволяет:

- а) Проба Дельбе-Пертеса

- б) Флеботензиометрия
- в) Проба Троянова-Тренделенбурга
- г) Ультразвуковая доплерография
- д) Термография

10. В стадии декомпенсации отеки носят постоянный характер, появляется гиперпигментация кожных покровов нижней трети голени. Гиперпигментация зависит от:

- а) Развившейся надпочечниковой недостаточности
- б) Разрушения эритроцитов в подкожной клетчатке с образованием гемосидерина
- в) Отложения меланина вследствие трофических расстройств
- г) Развития вторичного лимфостаза

11. Одновременно с гиперпигментацией в этой зоне развивается индурация тканей, целлюлит. Причины его:

- а) Организация экстравазатного белка
- б) Исход хронического воспаления
- в) Вторичный лимфостаз
- г) Хронический периостит вследствие нарушения кровообращения

12. У курируемой больной появилось болезненное уплотнение по ходу больной подкожной вены, переходящее на подкожную клетчатку и кожу до 2/3 голени, легкая гиперемия кожи по ходу вены. Какое осложнение произошло у больной:

- а) Рожистое воспаление голени
- б) Экзема голени
- в) Острый тромбофлебит поверхностных вен
- г) Острый тромбофлебит глубоких вен
- д) Флеботромбоз

13. Какое лечение целесообразно назначить:

- а) Антикоагулянты
- б) Дезагреганты
- в) Антибиотики
- г) Массаж голени
- д) Возвышенное положение нижней конечности

14. На следующий день Вы обнаружили, что уплотнение и гиперемия распространились до 2/3 бедра, усилились боли. Температура резко

повысилась. Что произошло?

- а) Развилась межмышечная флегмона голени или бедра
- б) Рожистое воспаление с переходом в флегмонозную форму
- в) Развился гнойный глубокий лимфангит бедра
- г) Развился гнойный восходящий тромбофлебит поверхностной вены голени и бедра
- д) Воспаление и тромбоз распространились на глубокие вены

15. Что в этой ситуации Вы предпримете?

- а) Увеличение дозы антикоагулянтов
- б) Добавьте второй антибиотик
- в) Проведете массивную дезинтоксикационную терапию
- г) Операция - перевязка большой подкожной вены в скарповском треугольнике, рассечение гнойников
- д) Радикальная венэктомия по Троянову-Тренделенбургу-Беккоку-Нарату
- е) Катетеризация бедренной вены с последующей инфузией тромболитических препаратов

16. Больная во время работы получила травму - острая щепка отскочила и повредила кожу над варикозным узлом. Открылось умеренное венозное кровотечение. Больная доставлена в больницу. Ваши действия?

- а) Наложить эластический жгут на 1,5-2 часа
- б) Наложить давящую асептическую повязку + в/венно 10 мл 10% раствора глюконата кальция
- в) Наложить давящую повязку и придать конечности возвышенное положение
- г) Неотложная операция - чрезкожное прошивание венозного ствола по Шеде-Кохеру выше и ниже кровоточащего узла
- д) Радикальная венэктомия

17. Через 1,5 года у больной возникло новое осложнение, возникла флеботрофическая язва голени. Для нее характерно:

- а) Локализация на наружной поверхности голени, выше лодыжки
- б) Язва чаще одиночная
- в) Язва резко болезненная
- г) Вокруг язвы зона гиперпигментации и индурации
- д) Возможна малигнизация язвы

18. Болезнь Паркса Вебера характеризуется:

- а) Увеличением в объеме и в длину пораженной конечности и особенно её дистальных отделов
- б) Атрофией мышц голени
- в) Гипертрихоз, гипергидроз и гиперпигментация кожи
- г) Образованием варикоза в молодом возрасте и на необычных местах
- д) Тромбофлебиты и флеботромбозы развиваются редко

19. Больная варикозом обратилась к Вам своевременно, Вы не допустили возникновения осложнений. Какое лечение Вы рекомендуете больной?

- а) Тугое эластическое бинтование голеней
- б) Склерозирующая терапия
- в) Операция Троянова-Тренделенбурга-Беккока-Нарата
- г) Эта же операция, но с субфасциальной перевязкой коммуникантных вен по Линтону
- д) Венэктомия по Маделунгу
- е) Наложение множественных лигатур по ходу расширенных вен и узлов с целью полной облитерации сосудов (операции Шеде-Кохера, Клапп-Соколова).
- ж) Перевязка артерио-венозных свищей
- з) Пластика глубоких вен

20. Вы прооперировали больную. Операция прошла успешно. Рекомендации при выписке больной:

- а) Бинтование эластическим бинтом в течение 1-2 месяцев
- б) Бинтование эластическим бинтом в течение 2-4 месяцев
- в) Бинтование эластическим бинтом в течение 4-6 месяцев
- г) Назначение не прямых антикоагулянтов в течение 2 месяцев
- д) Избегать повторных беременностей

5. У больной 40 лет через 2 суток после продолжительной ходьбы появились жалобы на распирающие боли в левой половине голени и н/3 бедра. При осмотре кожа на правой голени цианотична, отечность стопы и голени. При надавливании на отечную поверхность образуется ямка. Температура тела 38°C. Не может наступить на ногу.

1. Ваш предварительный диагноз?

- а) Острый тромбофлебит поверхностных вен левой н/конечности
- б) Острый тромбофлебит глубоких вен левой н/конечности
- в) Острый миозит левого бедра

- г) Артериальная эмболия бедренных сосудов
- д) Рожистое воспаление бедра и голени
- е) Ишиорадикулит слева
- ж) Острый препателлярный бурсит

2. Для уточнения диагноза Вы используете следующие функциональные и лабораторные исследования и проверите симптомы, которые имеют значение в диагностике:

- а) Симптом Хоманса
- б) Маршевая проба Дельба-Пертеса
- в) Симптом Троянова-Тренделенбурга
- г) Пробу Пратта-I
- д) Пробу Лавенберга
- е) Ультразвуковую доплерографию
- ж) Транслюмбальную аортографию
- з) Произведете пальцевое ректальное и вагинальное исследование
- и) Общий анализ крови
- к) Коагулограмму
- л) Рентгенография поясничного отдела позвоночника

3. При исследовании Вы выявили, что при сдавлении икроножной мышцы в саггитальном направлении появляются резкие боли при тыльном сгибании стопы. При манжеточной пробе боли возникают при давлении 80 мм рт. ст., лейкоцитов $12 \cdot 10^9$ /л; п. 10%; с. 76%; лимф. 10%; мон. 4%; Нб 150 г/л, эр. $5,4 \cdot 10^{12}$ /л, время рекальцификации плазмы уменьшено до 105". Какой диагноз окончательный:

- а) Эмболия бедренной артерии
- б) Рожистое воспаление голени и бедра
- в) Флеботромбоз бедренной вены
- г) Острый тромбофлебит поверхностных вен голени и бедра
- д) Острый тромбофлебит глубоких вен голени и бедра
- е) Посттромбофлебический синдром
- ж) Миозит голени и бедра

4. Вы правильно установили окончательный диагноз. В комплекс лечебных мероприятий Вы включите:

- а) Строгий постельный режим с приподнятым положением конечности
- б) Активный режим с тугим эластическим бинтованием конечности
- в) Легкий массаж голени и бедра и ЛФК
- г) УВЧ на бедро и голень
- д) Препараты, улучшающие реологические свойства крови

- е) Препараты, повышающие тонус венозной стенки (троксевазин, венорутон и др.)
 - ж) Наркотические анальгетики
 - з) Антикоагулянты прямого действия
 - и) Антикоагулянты непрямого действия
5. Антикоагулянтное действие гепарин оказывает:
- а) в комплексе с плазминогеном
 - б) в комплексе с антитромбином III
 - в) В комплексе с тромбксанами
 - г) В комплексе с тромбопластином
 - д) Действует без связей с другими биохимическими структурами
6. Первым признаком передозировки антикоагулянтов являются:
- а) Субконъюнктивальные точечные кровоизлияния
 - б) Точечные кровоизлияния в слизистую мягкого неба
 - в) Носовые кровотечения
 - г) Микрогематурия
 - д) Геморрагический гастрит с признаками желудочного кровотечения
7. Показателем адекватности терапевтического действия гепарина являются:
- а) Время свертывания крови по Ли-Уайту
 - б) Протромбиновый индекс
 - в) Содержание фибриногена в крови
 - г) Активированное частичное тромбопластиновое время
 - д) Толерантность плазмы к гепарину
8. При передозировке гепарином наряду с отменой его назначают:
- а) В/венно 20 мл 10% р-ра глюконата кальция
 - б) В/венно 5 мл 1% р-ра викасола
 - в) Гемотрансфузия свежечитратной крови
 - г) Назначение 5 мл 1% р-ра протамина сульфата в/венно
 - д) Все перечисленное
9. Проводя курс антикоагулянтной терапии с 3-его дня, Вы планировали назначить фенилин. Показателем адекватности терапевтического действия фенилина являются:
- а) Уровень фибриногена В
 - б) Протромбиновый индекс

- в) Время свертывания по Ли-Уайту
- г) Время рекальцификации плазмы
- д) Уровень кальция в крови
- е) Международное нормализованное отношение

10. Однако, несмотря на проводимое лечение, на следующий день состояние резко ухудшилось. Жалуется на сильные рвущие боли в ноге. Температура тела поднялась до 39⁰С. Больной вял, безучастен. Черты лица заострены. Пульс 110 уд. в мин., ритмичный, артериальное давление 100/60.

При осмотре левая нижняя конечность резко увеличена в объеме. Кожа приобрела темно-голубую окраску, на ней по наружной поверхности голени и бедра появились фликтены с серозно-геморрагической жидкостью. Пульсация периферических артерий отсутствует. Что произошло с больным?

- а) Развился артериальный тромбоз в подвздошно-бедренном сегменте
- б) Развилась белая флегмазия
- в) Развилась синяя флегмазия
- г) Присоединилась буллезная форма рожистого воспаления
- д) Заболевание осложнилось тромбозом легочной артерии

11. Вы правильно оценили состояние больного. Диагностированное Вами состояние объясняется:

- а) Сочетанием тромбоза глубоких вен с выраженным артериальным спазмом
- б) Распространением тромбоза на глубокие вены таза с полной их окклюзией
- в) Переходом воспалительного процесса на артериальную стенку и развитием артериального тромбоза
- г) Распространением инфекции лимфогенным путем

12. Какую лечебную тактику Вы выберете:

- а) Продолжите прежнее лечение
- б) Увеличите дозу антикоагулянтов
- в) Дополнительно назначите в/венно тромбо- и фибринолитические препараты
- г) Поставите показания к хирургическому лечению
- д) Наладите инфузию спазмолитиков, новокаина в бедренную артерию
- е) Назначите полиантибиотикотерапию

13. В том случае, если Вы поставили показания к хирургическому лечению, то какую операцию произведете больному:

- а) Операцию Троянова-Тренделенбурга
- б) Операцию Маделунга
- в) Удаление тромба из бедренной артерии с помощью катетера Фогарти
- г) Произведете тромбэктомию из подвздошной вены
- д) Перевяжите общую бедренную вену
- е) Вскроете гнойные затеки на голени и бедре с рассечением глубокой фасции

14. Какие назначения Вы сделаете в раннем послеоперационном периоде:

- а) Гемотрансфузия
- б) Массивные дозы антибиотиков внутривенно
- в) Введение препаратов, улучшающих микроциркуляцию и реологические свойства крови
- г) Антикоагулянты прямого действия
- д) Бинтование ноги эластическим бинтом
- е) ЛФК и дыхательная гимнастика

15. Послеоперационный период прошел без осложнений. Ваши рекомендации больному при выписке:

- а) Продолжить антикоагулянтную терапию в амбулаторных условиях
- б) Прием препаратов - антагонистов кальция в течение 2-3 месяцев
- в) Ограничение ходьбы пределами комнаты
- г) Активный двигательный режим без ограничений
- д) Активный двигательный режим с эластическим бинтованием ноги в течение 2 недель
- е) Активный двигательный режим с эластическим бинтованием в течение 2-3 месяцев
- ж) Массаж голени и бедра в течение 2-3 недель

Тестовый контроль знаний

В вопросах 1 - 14 выберите наиболее правильный ответ (ответы):

1. Для малой подкожной вены характерно

- А. Проходит в гунтеровом канале
- В. Начинается на медиальной поверхности стопы поднимается по задней поверхности голени
- С. Впадает в подколенную вену

- А. Троянова -Тренделенбурга
- В. Нарата
- С. Маделунга
- Д. Клаппа
- Е. Шеде-Кохера

7. Какое заболевание не относится к врожденным ангиодисплазиям сосудов и приобретенным заболеваниям вен нижних конечностей

- А. Болезнь Паркс Вебера - Рубашова
- В. Болезнь Клиппель -Треноне
- С. Первичное варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей
- Д. Посттромбофлебитический синдром
- Е. Слоновость нижних конечностей

8. Какое из осложнений наблюдается наиболее часто при варикозном расширении вен?

- А. Кровотечение из расширенных вен
- В. Тромбофлебит глубоких вен
- С. Тромбофлебит поверхностных вен
- Д. Целлюлит
- Е. Варикозные язвы

9. Какой симптом всегда встречается при варикозном расширении вен в стадии компенсации?

- А. Чувство тяжести в ногах при стоянии
- В. Отеки на стопе и голени в конце дня
- С. Зуд кожи голени
- Д. Расширенные подкожные вены
- Е. Судороги по ночам

10. Какой из перечисленных симптомов характерен для варикозного расширения вен, в стадии субкомпенсации?

- А. Боль в икроножных мышцах при ходьбе
- В. Стойкий отек голени и стопы, не исчезающий за ночь
- С. Чувство тяжести и распираания в голени в конце дня
- Д. Парестезии стоп при ходьбе
- Е. Потеря кожной чувствительности в области стопы или голени

11. На что может указывать пальпируемый "кашлевой толчок" в точке 3,5 см ниже и латеральнее лонного бугорка у больного с варикозным

- Д. На бедре имеет анастомозы с большой подкожной веной
- Е. Впадает в большую подкожную вену

2. Что НЕВЕРНО в приведенных утверждениях, характеризующих патогенез варикозной болезни?

- А. Повышается давление в венозных отделах кровяного русла
- В. Наблюдается патологический рефлюкс крови
- С. Происходит задержка во внеклеточном пространстве жидкости, белков, форменных элементов крови
- Д. Усиливаются окислительно-восстановительные процессы в тканях голени
- Е. Имеется недостаточность клапанного аппарата

3. Какую помощь необходимо оказать больному, если возникло кровотечение из варикозного узла в н/3 голени ?

- А. Наложить жгут на бедро
- В. Наложить жгут на голень выше узла
- С. Назначить гемостатическую терапию
- Д. Наложить тугую повязку и придать конечности возвышенное положение
- Е. Необходима экстренная радикальная венэктомия

4. Для склерозирующей терапии в лечении варикозного расширения вен применяют:

- А. Фенилин
- В. Вазелин
- С. Винкристин
- Д. Фибровейн
- Е. Викасол

5. Что неверно в указанных утверждениях, характеризующих показания к склерозирующей терапии варикозного расширения вен?

- А. Показана при варикозном расширении отдельных ветвей подкожных вен
- В. При рецидиве варикозного расширения немагистральной вены
- С. При рассыпном типе подкожных вен
- Д. У беременных
- Е. При наличии отдельных узлов в начальной стадии заболевания

6. Какая из операций, применяемых для лечения варикозного расширения вен, является наименее косметичной по своим результатам?

расширением вен?

- А. Сопутствующая бедренная грыжа
- В. Артериовенозный свищ
- С. Бедренная аневризма
- Д. Натечный абсцесс
- Е. Недостаточность остиального клапана

12. Для первичного варикозного расширения поверхностных вен НЕ характерно:

- А. Расширение, удлинение и извитость поверхностных вен
- В. Несостоятельность клапанов поверхностных вен
- С. Гипоплазия или аплазия глубоких вен
- Д. Несостоятельность клапанов коммуникантных вен
- Е. Извращенный ток крови в коммуникантных венах

13. В этиологии первичного варикозного расширения поверхностных вен имеет значение все КРОМЕ:

- А. Длительное пребывание на ногах, связанное с профессией
- В. Наследственная предрасположенность
- С. Нарушение венозного оттока, обусловленное повышением внутрибрюшного давления, беременностью, опухолями
- Д. Артериоловеноулярные анастомозы
- Е. Спазм в области остиального клапана

14. Какие изменения кожи не встречаются при варикозном расширении вен?

- А. Шелушащий и мокнувший экзематозный дерматит
- В. Язва на переднемедиальной поверхности голени
- С. Пигментация
- Д. Целлюлит
- Е. Некроз I пальца стопы

В вопросах 15 - 34 представлены признаки заболевания. Выберите соответствующее им заболевание ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| 15. Наличие варикозно расширенных вен | А. Болезнь Паркс Вебера - Рубашова |
| 16. Атрофия мышц голени | В. Синдром Клиппель-Треноне |
| 17. Флеботрофические язвы | |

18. Варикозные язвы
 19. Варикозные узлы горячие, просвечивают розовым цветом
 20. Трофические язвы локализуются в области пальцев и подошв стоп
 21. При эластичном бинтовании боли усиливаются
 22. Пульсация подкожных вен
 23. Расширение вен преимущественно на наружной поверхности голени
 24. Повышение кожной температуры над варикозными узлами
 25. Пульсация периферических артерий не определяется
 26. Повышение содержания кислорода в венозной крови пораженной конечности
 27. Систолическо-диастолический шум при фоноангиографии нижней конечности
 28. Одновременное заполнение контрастным веществом артерий и вен при ангиографии
 29. Сдавление глубокой вены нижней конечности аберрантными артериями
 30. Сдавление глубоких вен нижней конечности эмбриональными тяжами
 31. Положительная проба Троянова-Тренделенбурга
 32. Повышение венозного давления в венах нижней конечности
 33. Несостоятельность клапанов коммуникантных вен
 34. Симптом перемежающейся хромоты
- С. Первичное варикозное расширение вен
- Д. Характерно для всех выше названных заболеваний
- Е. Характерно для облитерирующего атеросклероза (хроническая артериальная недостаточность)

В вопросах 35 - 40 перечислены предрасполагающие факторы. Укажите заболевания, к которым они относятся ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|--|
| 35. Врожденная недостаточность остиального клапана | А. Первичное варикозное расширение вен |
| 36. Врожденные патологические артерио-венозные шунты | В. Болезнь Паркс-Вебера-Рубашова |
| 37. Конституционная слабость венозной стенки | С. Синдром Клиппель-Треноне |
| 38. Частичная или полная врожденная непроходимость глубоких вен | Д. Синдром Педжета-Шреттера |
| 39. Несостоятельность клапанов перфорантных вен. | |
| 40. Выраженный отек руки, напряжение и расширение подкожных вен верхней конечности и плечевого пояса | |

В вопросах 41 - 49 перечислены пробы, позволяющие определить состояние клапанного аппарата и проходимость глубоких вен. Выберите, для чего они применяются ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|-----------------------------------|---|
| 41. Проба Дельбе-Пертеса | А. Проходимость глубоких вен |
| 42. Проба Троянова-Тренделенбурга | В. Состояние клапанного аппарата поверхностных вен |
| 43. Проба Гаккенбруха | |
| 44. Проба Пратта-I | |
| 45. Проба Пратта-II | |
| 46. Проба Шейниса | |
| 47. Проба Тальмана | С. Состояние клапанного аппарата коммуникантных вен |
| 48. Ультразвуковая доплерография | |
| 49. Флебодиагностика | |

В вопросах 50 - 58 проведите дифференциальную диагностику заболеваний по соответствующим симптомам ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---|------------------------------------|
| 50. Наличие сосудистых шумов над узлами | А. Синдром Клиппель-Треноне |
| 51. Удлинение конечности | |
| 52. Гипертрихоз, гипергидроз | |
| 53. Наличие сосудистых или пигментных пятен на коже | В. Болезнь Паркс Вебера - Рубашова |
| 54. Повышение содержания кислорода | |

в венозной крови по данным оксигемометрии

С. А+В

Д. Варикозная болезнь (первичная)

55. Одновременное заполнение контрастным веществом артерий и вен нижней конечности при артериографии
56. Варикозное расширение вен на латеральной и задней поверхности нижней конечности
57. Наиболее часто появляется в возрасте 40 лет и старше
58. Флебोगрафические данные, свидетельствующие о наличии непроходимости глубоких вен

В вопросах 59 - 65 выберите, какие из симптомов варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей соответствуют каким стадиям заболевания ("вопрос-ответ"):

вопрос

ответ

59. Варикозно расширенные вены
60. Гиперпигментация кожи и индурация кожи
61. Отеки голени и стоп
62. Целлюлит
63. Трофическая язва
64. Судороги в икроножных мышцах преимущественно ночью
65. Судороги в икроножных мышцах при ходьбе

- А. Стадия компенсации
- В. Стадия декомпенсации
- С. А+В
- Д. Заболевания артерий

В вопросах 66 - 70 выберите, какие вспомогательные средства необходимы для проведения функциональных проб у больных варикозным расширением вен ("вопрос-ответ"):

вопрос

ответ

66. Три коротких жгута
67. Два эластичных бинта
68. Один длинный (2-3 метра) резиновый жгут
69. Один эластичный бинт
70. Один короткий жгут

- А. Проба Пратта-I
- В. Проба Пратта-II
- С. Проба Шейниса
- Д. Проба Дельбе-Пертеса
- Е. Проба Тальмана
- Ж. Проба Шварца

В вопросах 71 - 76 выберите соответствующее лечение для пациентов с различной патологией ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|---|--|
| 71. Варикозное расширение основного ствола большой подкожной вены (магистральный тип), стадия субкомпенсации | А. Операция Троянова-Тренделенбурга-Бэбкока-Нарата-Коккета |
| 72. Варикозное расширение, стадия декомпенсации с наличием целлюлита и трофической язвы | В. Склерозирующая терапия |
| 73. Варикозное расширение подкожных вен у беременной | С. Эластичная компрессия |
| 74. Варикозное расширение боковой ветви большой подкожной вены | Д. Венэктомия + операция Линтона |
| 75. Варикозное расширение подкожных вен, часто осложняющееся тромбозом | Е. Операция Троянова-Тренделенбурга |
| 76. Варикозное расширение вен в стадии субкомпенсации на фоне сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности | |

В вопросах 77 - 81 выберите какие методы операции соответствуют каким названиям ("вопрос-ответ"):

| вопрос | ответ |
|--|----------------------------|
| 77. Подфасциальная перевязка коммуникантных вен | А. Троянова-Тренделенбурга |
| 78. Перевязка большой подкожной в устье ее впадения в бедренную | В. Маделунга |
| 79. Надфасциальная перевязка коммуникантных вен | С. Нарата |
| 80. Удаление вен с помощью пуговчатого зонда | Д. Линтона |
| 81. Удаление варикозно измененной вены из отдельных небольших разрезов | Е. Соколова-Клаппа |
| 82. Наложение множественных погружных подкожных лигатур по ходу расширенных вен и узлов. | Ж. Бэбкока З. Коккета |

В вопросах 83 - 103 выберите наилучшую комбинацию ответов по схеме:

| А | В | С | Д | Е |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------|
| если верно только 1,2,3 | если верно только 1,3 | если верно только 2,4 | если верно только 4 | если все правильно |

83. Для варикозного расширения вен нижних конечностей в стадии компенсации характерны симптомы:

1. Боли и распирающие в ноге в конце дня
2. Отек голени и стопы
3. Зуд кожи
4. Варикозно расширенные вены

84. При варикозном расширении вен применяются следующие виды лечения

1. Консервативное - ношение эластического бинта или эластического чулка
2. Склерозирующее
3. Флебэктомия
4. Эндоваскулярная лазерная коагуляция венозной стенки

85. Показанием к склерозирующему лечению является:

1. Варикоз с выраженной недостаточностью клапанов поверхностных и коммуникантных вен
2. Варикозное расширение вен в начальной стадии заболевания при отрицательной пробе Троянова-Тренделенбурга
3. Варикозное расширение вен, осложненное тромбофлебитом
4. Наличие отдельных мелких узлов, оставшихся после флебэктомии

86. Для склерозирующей терапии применяются следующие препараты:

1. Фибровейн
2. Детролекс
3. Этоксисклерол
4. Викасол

87. После операции венэктомии по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей больным показано:

1. Возвышенное положение нижней конечности в постели
2. Раннее вставание со 2-го дня после операции

3. Эластическое бинтование голени в течение 8-12 недель после операции
4. Гемостатическая терапия в первые два дня после операции

88. Перечислите клинические симптомы варикозного расширения вен в стадии субкомпенсации:

1. Быстрая утомляемость
2. Судороги в икроножных мышцах чаще ночью
3. Отеки, исчезающие после ночного отдыха
4. Индурация подкожной клетчатки

89. Перечислите клинические проявления варикозного расширения вен в стадии декомпенсации:

1. Постоянный отек в области голени и стопы
2. Трофические язвы на голени
3. Кожный зуд
4. Пигментация кожи, целлюлит

90. Какие вены впадают в *v. saphena magna* в области овальной ямки?

1. *V. pudenda externa*
2. *V. epigastrica superficialis*
3. *V. circumflexa ileum superficialis*
4. *V. epigastrica inferior*

91. На нижней конечности различают следующие вены:

1. Поверхностные вены
2. Глубокие вены
3. Коммуникантные вены
4. Перфорантные вены

92. Продвижению крови вверх по венам нижних конечностей способствуют следующие факторы:

1. Клапаны
2. Присасывающие действие грудной клетки
3. Сокращение мышц голени и бедра
4. Коммуникантные вены

93. Что НЕВЕРНО в указанных утверждениях?

1. Кровь из поверхностных вен нижних конечностей оттекает в глубокие вены
2. Остистый клапан находится в средней трети бедра

3. Клапаны в коммуникантных венах препятствуют забросу крови из глубоких вен в поверхностные
4. В глубоких венах нижних конечностей отсутствуют клапаны

94. В лечении синдрома Клиппель-Треноне применяются следующие операции:

1. Удаление варикозно расширенных подкожных вен
2. Устранение странгуляций, обусловленных фиброзными тяжами, аберрантными артериями и мышцами
3. Перевязка артериовенозных соустьев
4. Аутопластика глубоких вен

95. В лечении болезни Паркс-Вебера-Рубашова применяют:

1. Удаление варикозно расширенных подкожных вен
2. Склерозирующая терапия
3. Подфасциальная перевязка коммуникантных вен
4. Перевязка патологических соустьев между артериями и венами

96. Предрасполагающими факторами в этиологии первичного варикозного расширения подкожных вен являются:

1. Врожденная слабость венозной стенки
2. Наличие нефункционирующих артериоло-веноулярных анастомозов
3. Нейроэндокринные расстройства
4. Понижение тонуса стенок вен

97. Производящими факторами в патогенезе первичного варикозного расширения подкожных вен являются:

1. Повышение внутрибрюшного давления
2. Длительная ходьба
3. Ортостатическая перегрузка
4. Наследственность

98. По внешнему виду различают следующие формы варикозного расширения подкожных вен:

1. Цилиндрическая
2. Змеевидная
3. Мешотчатая
4. Смешанная

99. Осложнения варикозного расширения подкожных вен:

1. Тромбофлебит варикозно расширенных вен
2. Кровотечение из варикозных узлов
3. Трофические язвы
4. Дерматит

100. Функциональные пробы на состояние клапанов коммуникантных вен:

1. Шейниса
2. Тальмана
3. Пратта-II
4. Троянова-Тренделенбурга

101. Функциональные пробы на проходимость глубоких вен:

1. Дельбе-Пертеса
2. Шейниса
3. Пратта-I
4. Шварца

102. Для удаления варикозно расширенных вен применяют следующие инструменты:

1. Зонд Блэкмора
2. Катетер Фогарти
3. Двухпросветный зонд
4. Зонд Бэбкока

103. Какие операции направлены на выключение расширенной вены из кровообращения с целью ее облитерации?

1. Шеде-Кохера
2. Линтона
3. Клаппа - Соколова
4. Маделунга

В вопросах 104 - 126 определите верно или неверно каждое из двух утверждений, далее определите верна или нет причинная взаимосвязь между ними:

| Ответ | Утверждение 1 | Утверждение 2 | Взаимосвязь между 1 и 2 утверждениями |
|-------|---------------|---------------|---------------------------------------|
| A | верно | верно | верна |
| B | верно | верно | неверна |
| C | верно | неверно | неверна |
| D | неверно | верно | неверна |
| E | неверно | неверно | неверна |

104. При варикозном расширении вен у беременных показано оперативное лечение (утверждение 1),

потому что

варикозное расширение вен у беременных может осложниться тромбозом (утверждение 2).

105. При недостаточной информативности функциональных проб на проходимость глубоких вен показано проведение флебографии

(утверждение 1),

потому что

доплерография не позволяет судить о кровотоке в глубоких венах голени (утверждение 2).

106. При проведении дистальной флебографии жгут на нижнюю конечность не накладывают (утверждение 1),

потому что

при дистальной флебографии пунктируется глубокая вена стопы (утверждение 2).

107. Маршевая проба Дельбе-Пертеса позволяет оценить проходимость глубоких вен (утверждение 1),

потому что

при маршевой пробе выключается мышечный насос голени (утверждение 2).

108. При флебоманометрии используется проба Вальсальвы (утверждение 1),

потому что

при пробе Вальсальвы повышается венозное давление (утверждение 2).

109. Наиболее косметичным является удаление варикозно измененных вен по методу Бэбкока (утверждение 1),

потому что

при операции Бэбкока вены иссекаются из небольших разрезов методом туннелирования (утверждение 2).

110. У больных с выраженными трофическими изменениями на голени показана операция Линтона (утверждение 1),

потому что

операция Линтона технически проще, чем операция Коккета (утверждение 2).

111. Склерозирующая терапия показана больным варикозным расширением вен, осложненным тромбофлебитом (утверждение 1).

потому что

склерозирующая терапия способствует ликвидации воспалительных изменений стенок вен (утверждение 2).

112. При варикозном расширении подкожных вен в стадии декомпенсации показана перевязка перфорантных вен (утверждение 1).

потому что

отказ от перевязки перфорантных вен может вести к рецидиву варикозной болезни (утверждение 2).

113. Рецидив варикозного расширения вен может быть связан с оставлением во время первой операции основного ствола большой подкожной вены на бедре (утверждение 1),

потому что

v.v. saphena accessoria med. et lat. нередко хорошо выражены и имеют такой же диаметр, как и основной ствол большой подкожной вены (утверждение 2).

114. Наиболее информативным методом диагностики болезни Паркс Вебера - Рубашова является ангиография (утверждение 1),

потому что

при ангиографии выявляется аплазия или гипоплазия глубоких вен нижней конечности (утверждение 2).

115. При болезни Паркс Вебера - Рубашова расширенные вены не спадаются при возвышенном положении конечности (утверждение 1).

потому что

причиной болезни Паркс Вебера - Рубашова является несостоятельность остиального клапана (утверждение 2).

116. Наиболее часто в лечении синдрома Клиппель-Треноне применяется склерозирующая терапия (утверждение 1),

потому что

при склерозирующей терапии развивается облитерация варикозно расширенного сосуда (утверждение 2).

117. Проба Троянова-Тренделенбурга позволяет оценить функцию остиального клапана (утверждение 1),

потому что

при пробе Троянова-Гренделенбурга используется два эластических бинта (утверждение 2).

118. Маршевая проба позволяет оценить проходимость глубоких вен (утверждение 1),
потому что
при маршевой пробе исследуется пульс на периферических артериях (утверждение 2).

119. При проведении флебоманометрии применяется проба Вальсальвы (утверждение 1),
потому что
при пробе Вальсальвы создаются условия для лучшего оттока крови из нижних конечностей (утверждение 2).

120. При отсутствии трофических нарушений и явлений целлюлита, индукции и склероза подкожной клетчатки показана надфасциальная перевязка коммуникантных вен по Коккету (утверждение 1),
потому что
в стадии компенсации и субкомпенсации невозможно выделить коммуникантные вены в подкожной клетчатке (утверждение 2).

121. При синдроме Клиппель-Треноне показано оперативное лечение - удаление поверхностных вен (утверждение 1).
потому что
при данном заболевании наблюдается повышение венозного давления в поверхностных венах и последние должны быть удалены (утверждение 2).

122. При болезни Паркс Вебера - Рубашова показано склерозирующее лечение варикозно расширенных вен (утверждение 1),
потому что
после оперативного лечения болезни Паркс Вебера - Рубашова часто наблюдаются рецидивы заболевания (утверждение 2).

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Какие Вы знаете отделы венозной системы конечностей?
2. Как функционируют коммуникативные вены в физиологических условиях? Места их типичной локализации?
3. Какие факторы обуславливают венозное кровообращение конечностей. Анатомические особенности глубоких и поверхностных вен на голени и бедре?
4. Назовите заболевания вен нижних конечностей.
5. В чем сущность болезни Паркса Вебера - Рубашова?
6. Перечислите симптомы болезни Паркса Вебера - Рубашова. Чем можно объяснить образование вторичного расширения вен?
7. В чем сущность болезни Клиппель-Треноне? Какие симптомы характерны для этого заболевания?
8. Какие Вы знаете предрасполагающие факторы первичного варикоза вен?
9. Назовите вызывающие, производящие факторы этого заболевания.
10. Какова роль профессиональных условий труда в возникновении варикозного расширения вен?
11. Объясните теорию первичной клапанной недостаточности возникновения варикозного расширения вен.
12. Почему варикозом чаще болеют женщины?
13. Какие стадии варикозной болезни нижних конечностей Вы знаете?
14. Для какой стадии характерно появление отеков ног?
15. Назовите основные симптомы варикоза, типы расширения вен.
16. Какие методы диагностики варикозного расширения вен?
17. Как и с какой целью проводится проба Броди-Троянова-Тренделенбурга?
18. Как и с какой целью проводится маршевая проба Дельбе-Пертеса?
19. Как и с какой целью выполняется флебография? Показания и противопоказания?
20. В чем заключается консервативное лечение варикозного расширения вен и когда оно применяется?
21. Назовите показания к склерозирующей терапии варикоза. Какие склерозирующие вещества применяются для лечения? Техника склерозирующей терапии, ее недостатки.
22. Какие операции применяют при лечении варикозного расширения вен?
23. Почему во всех случаях необходимо выполнять операцию Троянова-Тренделенбурга?
24. Кратко охарактеризуйте смысл операции Бэбкокка. Нарата. По-

- казания к операциям. Мадетунга. Шеле-Кохера. Клаппа. Соколова.
25. К чему ведут некорригированные расстройства гемодинамики в перфорантных и глубоких венах после операции?
 26. В каких случаях показаны операции субфасциальной (по Линтону) эпифасциальной (по Коккету) перевязки коммуникантных вен голени?
 27. Назовите основные осложнения варикозного расширения вен.
 28. Как остановить кровотечение из разорвавшегося варикозного узла?
 29. Ваша тактика при остром тромбофлебите варикозно расширенной большой подкожной вены на бедре?
 30. Причины возникновения варикозной язвы голени. Какова ее наиболее частая локализация?
 31. Назовите меры профилактики варикозного расширения вен.
 32. Что такое тромбофлебит?
 33. Что такое флеботромбоз?
 34. Какова классификация тромбофлебитов вен нижних конечностей?
 35. Каковы клинические проявления тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей?
 36. Что такое белая флегмазия?
 37. Что такое синяя флегмазия?
 38. Как правильно проводить антикоагулянтную и тромболитическую терапию при тромбофлебитах?
 39. Как контролировать состояние свертывающей системы крови при проведении антикоагулянтной терапии?
 40. Профилактика ТЭЛА при тромбофлебите глубоких вен.
 41. Назовите виды ТЭЛА в зависимости от объема и характера поражения легочной артерии.
 42. Назовите варианты течения ТЭЛА.

НЕКОТОРЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ В ХИРУРГИИ

Пункция плевральной полости

Показанием к плевральной пункции является обнаружение жидкости или воздуха в плевральной полости с целью ликвидации гидро- и пневмоторакса.

Технические принадлежности. Для выполнения плевральной пункции необходимо иметь:

- ◆ шприц с иглой и раствор новокаина для проведения местной анестезии;
- ◆ шприц для отсасывания жидкости из плевральной полости; специальную пункционную иглу достаточного калибра и длины с переходником;
- ◆ мерную емкость для определения количества эвакуируемой жидкости; предметные стекла для приготовления мазков;
- ◆ стерильные пробирки с ватными пробками для бактериологического исследования содержимого плевральной полости;
- ◆ антисептики - спирт, раствор йода.

Место пункции зависит от цели. При пневмотораксе и гидротораксе можно выбрать разные точки. При гидротораксе чаще в VII – IX межреберье на средней или задней подмышечной линии при пневмотораксе – II – III по средне-ключичной линии.

Техника прокола. Пункцию плевральной полости удобнее всего делать в сидячем положении. Больного надо посадить на стул, прислонив его к спинке здоровой половиной грудной клетки. Рука больного, соответствующая стороне прокола, должна быть поднята и в этом положении удерживаться помощником. Это обеспечивает расширение межреберных промежутков. Кожу в зоне манипуляции обрабатывают раствором йода. Место пункции анестезируется. Прокол делают по верхнему краю нижележащего ребра специальной иглой, соединенной с резиновой трубкой, имеющей на конце канюлю для подсоединения шприца. После того как конец иглы прошел в мягкие ткани грудной клетки, к трубке подсоединяется шприц и с его помощью откачивается воздух, находящийся в трубке; при этом трубка спадается. На дистальный конец ее накладывается зажим, и шприц от трубки отсоединяется.

После этого игла продвигается в глубь тканей в сторону плевральной полости в перпендикулярном направлении. Попадание конца иглы в плевральную полость сопровождается заполнением резиновой трубки жидкостью и определяется по расправлению стенок трубки.

Как только стенки трубки расправятся, к ней подсоединяется шприц, и помощник снимает с нее зажим. С помощью шприца эвакуируется содержимое плевральной полости (жидкость или воздух), определяется его количество.

Каждому отсоединению шприца от трубки должно предшествовать наложение на ее дистальный конец зажима. Отсасывание жидкости или воздуха прекращается тогда, когда стенки трубки при выведении поршня из шприца вновь слипаются. Игла из плевральной полости извлекается быстрым движением. Место пункции обрабатывается раствором йода, закрывается асептической повязкой.

Осложнения.

Попадание пункционной иглы в ткань легкого определяется по появлению в шприце пенистой крови. В этом случае игла подтягивается.

Зондирование и промывание желудка

Процедуру выполняет врач, но обязательно с помощью медицинской сестры.

Если позволяет состояние больного, то его усаживают на стул, прислонив плотно к спинке и слегка наклонив голову вперед. Грудь больного закрывают клеенчатым или полиэтиленовым фартуком, а между ног ставят пустой таз. Врач левой рукой обнимает шею больного, а в правую руку берет толстый зонд, смоченный вазелиновым маслом. Закругленный конец зонда кладут на корень языка, больного просят сделать глотательное движение и быстро продвигают зонд в пищевод. Затем больной делает несколько глубоких вдохов, в это время продолжают вводить зонд. Во время введения зонда больной должен делать глотательные движения и глубоко дышать через нос. Нельзя сдавливать зонд зубами. В среднем длина пищевода от верхних резцов до кардии равна 40 см, однако она значительно изменяется в зависимости от роста и конституции больного. Перед процедурой следует определить расстояние от верхних передних зубов до пупка. Прибавив 6-7 см к этой цифре, получим расстояние до привратника желудка, т.е. до той области желудка, до которой целесообразно довести зонд. К наружному концу зонда подсоединяется шприц Жане, с помощью которого производится опорожнение желудка.

Затем к наружному концу зонда с помощью стеклянного переходника (трубка длиной 2-3 см с внутренним диаметром 1 см) присоединяется резиновая трубка длиной приблизительно 1 м. На конец этой трубки надевается стеклянная (желательно) или металлическая воронка вместимостью не менее 0,5 л.

Держа воронку вертикально на уровне колен больного, наливают в нее промываемую жидкость (чистая вода комнатной температуры, 2% раствор натрия гидрокарбоната, чуть розовый раствор перманганата калия либо раствор кислот при ожоге щелочью). Осторожно поднимают воронку выше уровня рта. Как только уровень жидкости в воронке достигает трубки, опускают воронку вниз, держа ее по-прежнему в вертикальном положении. При этом жидкость из желудка по закону сообщающихся сосудов поступает обратно в воронку. Как только она наполнится, ее опрокидывают над тазом и вновь заполняют свежей жидкостью. Вместе с жидкостью выводится и желудочное содержимое. Процедуру продолжают до тех пор, пока промывные воды не будут чистыми и прозрачными. Для этого обычно нужно 8-10 л жидкости.

Если у больного сильно развит рвотный рефлекс, то перед введением зонда ему следует смазать зев и глотку 10% раствором новокаина. При попадании зонда в гортань больной начинает кашлять, задыхаться, теряет голос. В таких случаях зонд немедленно извлекают и процедуру начинают сначала.

Ослабленным больным, которые не могут сидеть, промывание желудка выполняется в постели. Зонд вводят в положении больного на спине. Можно сделать предварительную анестезию входа в глотку новокаином или дикаином. Применение ларингоскопа значительно облегчает введение зонда. После того как зонд проведен в желудок, больного поворачивают на бок и убирают подушку с тем, чтобы голова оказалась ниже желудка.

Есть еще один способ введения зонда. Тонкий желудочный зонд проводят через нижний носовой ход в пищевод и далее в желудок. Попадание зонда в трахею вызывает сильный кашель. Зонд при этом подтягивают, но не удаляют совсем из носового хода. Изменяют положение головы и повторяют процедуру.

При ожогах пищевода сильная боль в глотке и пищеводе затрудняет введение зонда. Для обезболивания применяют наркотики, смазывание глотки 2% раствором дикаина, 5-10% раствором новокаина, которым больной сначала прополаскивает полость рта, а затем его проглатывает. Промывание желудка начинают с введения в желудок большого количества теплой воды, а затем нейтрализующих веществ. В случае ожога щелочами используют 1% раствор лимонной кислоты, столовый уксус, разведенный водой (1 часть уксуса на 10-20 частей воды), 0,1% раствор хлористоводородной или борной кислоты. При отравлении кислотами применяют 2% раствор натрия гидрокарбоната. Кроме желудка, следует промыть и пищевод. После промывания же-

лудка, не вынимая зонда, больному дают несколько глотков 5-10% раствора новокаина, а затем большое количество одного из нейтрализующих веществ. Это возможно при введении зонда через нос. Выпитая жидкость, омыв пищевод и попав в желудок, свободно оттекает по зонду в таз. Через каждые 15-20 мин дают пить 5-10% раствор новокаина и через 5 мин после этого продолжают промывание нейтрализующим раствором.

Дуоденальное зондирование

дуоденальное зондирование производят с целью получения содержимого двенадцатиперстной кишки. Его производят тонким зондом длиной 1,5 м, имеющим на конце металлическую оливу с рядом мелких отверстий. Зондирование производят натошак. Зонд вводят в положении больного сидя. После того как олива прошла через пищевод и попала в желудок, больного укладывают на правый бок и через несколько минут шприцем отсасывают желудочное содержимое через зонд. Желудочный сок бесцветный, проба на свободную соляную кислоту дает положительную реакцию.

Если дуоденальный зонд находится в двенадцатиперстной кишке, то в шприце покажется содержимое, окрашенное желчью. Проба на свободную соляную кислоту дает отрицательную реакцию.

В некоторых случаях необходимо производить обзорную рентгенооскопию для уточнения положения зонда.

Первая порция дуоденального содержимого, или порция А, прозрачная, темно-золотистого цвета и является смесью кишечного сока, сока поджелудочной железы и желчи.

После отсасывания порции А в зонд шприцем вводят 40 мл 25% раствора сернокислой магнезии, после чего на 10-15 минут зонд пережимают, затем приступают к отсасыванию новой порции — В, которая является пузырной желчью. Порция В окрашена более интенсивно, имеет темно-желтый или оливковый цвет. После того как кончается выделение порции В, из зонда снова начинает выделяться золотистого цвета жидкость, несколько светлее, чем порция А, которая является преимущественно печеночной желчью, с примесью соков двенадцатиперстной кишки, и называется порцией С.

Дуоденальное зондирование является одновременно диагностической и лечебной процедурой, так как при этом опорожняется желчный пузырь и желчные ходы.

Венепункция

В хирургической практике широкое применение имеет внутривенное введение лекарственных веществ методом венепункции, а в некоторых случаях и венесекции

Венепункция является ответственной процедурой, требует от врача безупречного владения техникой её проведения.

Местом для пункции обычно служит вена локтевого сгиба.

Положение больного при венепункции может быть сидячим или лежащим, но всегда удобным для него и врача. На среднюю треть плеча накладывают жгут, который слегка сдавливает вену, больной при этом сжимает и разжимает пальцы, вследствие чего вены более интенсивно наполняются кровью. Место укола иглы обрабатывают спиртом. Шприц необходимо держать всеми пятью пальцами правой руки, расположенными на различных его частях. Вторым пальцем левой руки нужно фиксировать вену, несколько натягивая кожу. Прокол кожи лучше делать сбоку вены, во избежание прокола обеих стенок вены. Просвет иглы (срез) необходимо обращать вверх, а ось шприца (должна быть под углом $30-45^{\circ}$) по отношению к плоскости.

Пункцию вены можно производить надетой на шприц иглой, или иглой без шприца. После прокола кожи стенку вены прокалывают сверху или сбоку, продвигая иглу почти параллельно направлению вены.

Если венепункцию производят иглой со шпигцем, где находится лекарственное вещество, то кровь, в силу давления, самостоятельно поступает в шприц. Затем снимают жгут и производят вливание. После произведенного вливания иглу вынимают, придавливая пальцем периферический отдел вены для предупреждения гематомы. Место венепункции смазывают йодом или спиртом. На 3-5 минут руку сгибают в локтевом суставе, придавливая место укола марлевым шариком.

Если же венепункцию производят без шприца, то к игле присоединяют систему для введения внутривенно крови или лекарственных веществ. Проксимальный отдел иглы фиксируют к коже лейкопластырем.

Венесекция

Показания: необходимость длительных внутривенных инфузий в случае невозможности катетеризации центральных вен. Набор для венесекции следует приготовить заранее. В него входят:

- скальпель,
- ножницы,

- 2 изогнутых зажима,
- иглодержатель,
- 2 тонкие кожные иглы,
- 10 шелковых нитей N3 длиной 20 см каждая,
- марлевые тупферы и малые салфетки,
- бинт,
- пластмассовый катетер.

Венесекцию чаще всего выполняют в области голеностопного сустава. Выделяют внутреннюю краевую вену голени, которая располагается спереди от медиальной лодыжки. Врач моет руки как для операции, обрабатывает кожу голени больного спиртом и настойкой йода, накрывает окружающие ткани стерильным полотенцами, простыней или большими салфетками. Местную анестезию выполняют 0,25% или 0,5% раствором новокаина. По ходу предполагаемого разреза кожи новокаин вводят внутрикожно в виде "лимонной корки". Сбоку от вены 5-10 мл новокаина вводят в более глубокие слои. После анестезии кожу еще раз смазывают настойкой йода. Разрез кожи длиной 1-2 см проводят, отступя латерально от вены на 2-3 мм. Анатомическим пинцетом берут поверхностную фасцию, которую рассекают ножницами или скальпелем. Далее изогнутым зажимом параллельно разрезу выделяют вену. Брать ее пинцетом не нужно. Вена должна быть хорошо, на всем протяжении разреза, освобождена от окружающих тканей. Под вену проводят зажим, бранши которого раздвигают и ими захватывают 2 шелковые или кетгутовые нити N3-4 длиной 20 см. Одной лигатурой перевязывают вену в самой нижней части раны, а другую нить сдвигают в верхний угол раны. Она служит в дальнейшем для укрепления в вене катетера или иглы Дюфо. Потягивая левой рукой за нижнюю лигатуру, приподнимают вену. Правой рукой ножницами надсекают половину окружности вены. Из раны в вену должна выделяться кровь. В просвет вены через рану в ней вставляют пластмассовый катетер длиной 15-20 см. Для облегчения введения в вену конец его следует срезать под острым углом. Иглу или катетер укрепляют в вене верхней лигатурой, концы лигатур срезают, а на кожу накладывают шелковые швы нитью N3. Рану смазывают настойкой йода и накладывают сухую антисептическую повязку или наклейку. К игле или катетеру подсоединяют систему капельного переливания жидкости.

Исследование прямой кишки

Различают пальцевое и инструментальное исследования кишки. Пальцевое исследование прямой кишки следует производить в коленно-локтевом положении, в положении на боку, на спине и «на корточках»

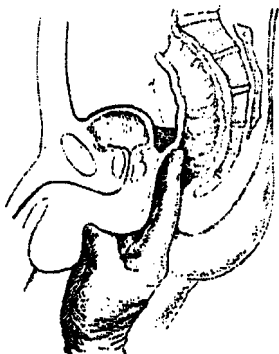


Рис. 87 Исследование
per rectum:

А – жидкость в пространстве
Дугласа

Исследование прямой кишки должно начинаться с осмотра ано-ректальной области. Для этого необходимо руками развести ягодицы и осмотреть задний проход, крестцово-кобчиковую область и промежность. При этом удается обнаружить варикозное расширение наружных геморроидальных вен, трещины кожи и слизистой анального отверстия, свищевые ходы, поверхность расположенные опухоли и пр. Если при осмотре ано-ректальной области попросить больного натужиться, то можно выявить невидимые при обычном состоянии геморроидальные узлы, выпадение слизистой оболочки кишки, низко расположенные опухолевые образования кишки.

После осмотра аноректальной области врач производит пальцевое исследование прямой кишки. Для этого на правую руку надевают резиновую перчатку, второй палец смазывают вазелином и винтообразным движением вводят его в прямую кишку. В момент введения пальца в кишку оценивается состояние тонуса сфинктера прямой кишки (в норме сфинктер должен плотно охватывать палец). Введя палец в кишку, врач определяет состояние слизистой кишки, болезненные участки кишки, наличие опухолевых образований на ее стенке, а также выявляет состояние органов и тканей, расположенных в непосредственной близости к стенке прямой кишки (предстательная железа у мужчин, матка у женщин, параректальная клетчатка, лимфатические узлы). Необходимо обратить внимание на

- содержимое просвета кишки;
- наличие каловых масс, слизи, гноя и крови (провести реакцию Грегерсена).

Инструментальное исследование прямой кишки может быть проведено с помощью ректального зеркала и ректоскопа. Перед введением ректального зеркала в прямую кишку его бранши необходимо тщательно смазать вазелином на всем протяжении. При осторожном и медленном введении ректального зеркала в кишку после расширения браншей до 2,5 см удается осмотреть переднюю, заднюю и боковые стенки кишки.

Ректоскопическое исследование состоит из двух моментов: введение ректоскопа в просвет прямой кишки и осмотр слизистой оболочки. При введении ректоскопа в кишку врач должен сконцентрировать свое внимание на процессе продвижения тубуса на максимальную глубину. При этом необходимо помнить, что никогда не следует применять силу, так как легко повредить стенку прямой кишки; продвижение тубуса всегда безопасно, пока врач видит перед собой темный туннель, т.е. просвет вышележащего просвета кишки.

Смазанный вазелином тубус ректоскопа с мандреном вводится на глубину 5 см параллельно поверхности стола, на котором располагается больной. Затем после удаления мандрена и укрепления защитной крышки со стеклом смотровой конец ректоскопа опускается книзу, а ректальный конец в этот момент поднимается вверх вдоль крестцового изгиба ампулы кишки. Включив свет и раздувая кишку, надо осторожно продвигать ректоскоп вперед. На уровне 12 см (от 11 до 13 см) положение тубуса ректоскопа вновь выравнивается почти до горизонтальной линии. На глубине 13 см при продвижении в сигмовидную кишку кишечный конец тубуса ректоскопа круто направляется книзу, а смотровой конец - вверх. В таком положении ректоскоп продвигается дальше в просвет сигмовидной кишки.

После того как ректоскоп максимально введен в просвет кишки, приступают к извлечению его и тщательному осмотру всех стенок кишки с внутренней стороны. Извлечение трубки ректоскопа производят так, чтобы кишечный ее конец совершал спиралеобразное движение. Заметив какие-либо изменения на стенке кишки, отмечается место их расположения относительно анального отверстия по сантиметровым отметкам на наружной стенке тубуса.

- 1) При наличии опухолей, полипов, изъязвления обязательно производится биопсия.
- 2) Осложнения ректороманоскопии - перфорация прямой или сигмовидной кишки.
- 3) Противопоказание к ректальному исследованию - острый геморрой.

Сифонная клизма

Выполняется сифонная клизма врачом с помощью медицинской сестры. Показанием к ее применению служат:

- ♦ отсутствие эффекта от слабительных и очистительных клизм;
- ♦ необходимость удаления каловых масс и продуктов брожения при слабой перистальтике или атонии кишечника;
- ♦ острая кишечная непроходимость.

Больной лежит на левом боку с подтянутыми к животу ногами. Для сифонной клизмы берут стеклянную воронку вместимостью 0,5 - 1 л, на которую надевают резиновую трубку длиной 1,5 м с внутренним диаметром 10 мм. С помощью стеклянного переходника (стеклянная трубка длиной 5-6 см) эта резиновая трубка соединяется с толстым желудочным зондом. Конец желудочного зонда смазывают вазелином и вводят в прямую кишку на 30-40 см. Держа воронку на уровне тела больного, в нее наливают теплую воду, затем поднимают. Как только уровень убывающей воды достигает конуса воронки, ее быстро опускают, не переворачивая, над ведром или тазом ниже уровня больного. Влитая в кишечник вода по закону сообщающихся сосудов должна вернуться в воронку. Эта вода захватывает с собой (закон сифона) частицы кишечного содержимого и газа. Как только воронка заполнится, ее опрокидывают над ведром и вновь наполняют водой, опять поднимают и опускают. Процедура продолжается до тех пор, пока возвращающаяся из кишечника вода не будет совершенно чистой и без газов. Необходимо следить за тем, чтобы в кишечник вместе с водой не попал воздух. Для этого воронка при наполнении водой должна быть в наклонном положении. Количество вводимой и выделяемой воды должно быть одинаковым. За этим следует тщательно следить. Чем выше поднимают воронку, тем больше гидростатическое давление на каловые массы. Этим приемом можно воспользоваться для размазывания плотных каловых масс. Для сифонной клизмы нужно иметь 10 - 12 л теплой (360С) кипяченой воды. По окончании промывания кишечника воронку отсоединяют, а резиновую трубку опускают в таз. В течение 10-15 мин через нее могут выходить газы и оставшееся кишечное содержимое.

Очистительная клизма

Клизма является техническим приемом, при котором в кишечник через прямую кишку с лечебной целью вводят жидкость. Но в некоторых случаях клизмы применяют как особый прием диагностического исследования.

Лечебные клизмы применяют с целью: 1) механического опорожнения толстого кишечника; 2) послабления; 3) промывания толстого кишечника; 4) лекарственного воздействия на толстый кишечник; 5) введения в организм через толстый кишечник питательных веществ, лекарств, воды.

Очистительные (опорожнительные) клизмы делают с целью вызвать стул при временной или длительной задержке его, для чего в кишечник вводят воду иногда с прибавлением мыла, глицерина, соли. Введенная жидкость, растягивая и раздражая кишечник, усиливает перистальтику и позывы на низ; одновременно разжижая и размягчая кал, она облегчает его выведение. Очистительную клизму делают перед всеми плановыми операциями, даже если и нет явной задержки стула.

Правильно произведенная клизма в хирургической практике может принести огромную пользу, но она может причинить и большой вред. Поэтому при назначении клизм необходимо строго учитывать все показания и противопоказания к их применению.

Вред может быть нанесен, если имеется перфорация толстого кишечника, перфорация червеобразного отростка и т.д.

Возможна перфорация стенки прямой кишки дефектным наконечником клизмы.

Если позволяет общее состояние больного, то клизму делают в манипуляционной, если больной тяжелый, то в палате.

Положение больного на спине или на левом боку с пододвинутыми к свободному краю топчана или кровати крестцом и подтянутыми к животу коленями для расслабления мышц брюшного пресса.

Наконечник смазывают вазелином и осторожно вводят в задний проход, преодолевая легкими вращательными движениями сопротивление наружных сфинктеров. Введя наконечник на длину 10-12 см, надо открыть кран или зажим и в течение всего времени вливания следить, чтобы жидкость в резервуаре убывала равномерно и не слишком быстро.

Если ток жидкости останавливается, то необходимо слегка изменить положение наконечника или немного выдвинуть его, после чего обычно жидкость снова начинает поступать в кишечник, и тогда наконечник снова продвигают вперед.

Часто вскоре после введения жидкости в толстый кишечник появляются спазматические боли и позывы на стул. Если эти явления слишком усиливаются, то надо временно уменьшить давление жидкости, опустив резервуар, или даже приостановить вливание. Больному предлагают задержать жидкость в кишечнике до окончания процедуры и даже дольше, чтобы жидкость проникала возможно глубже.

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Атлас онкологических операций (под ред. Петерсона Б.Е.). - М., 1987
2. Войленко В.Н., Медеян А.И., Омельченко В.Н. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. - М.: Медицина, 1965
3. Кованов В.Б. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. /Изд. второе. - М., 1985.
4. Трапезников Н.Н., Шаин А.А., Онкология.: Учебник. - М. 1992.
5. Хирургические болезни: Учебник под ред. Кузина М.И. / Изд. второе. - М., 1995.
6. Хирургия: Руководство для врачей и студентов (пер. с англ.) / гл. ред. Ю.М.Лопухин, В.С.Савельев - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1997.
7. Шиленок В.Н. и др. Факультетская хирургия: Курс лекций (под ред. Шиленка В.Н.) – Витебск, 2001.
8. Шиленок В.Н. и др. Методическое пособие по факультетской хирургии для студентов /Под ред. проф. В.Н.Шиленка. – Витебск. 1997

Дополнительная литература

9. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии. – Минск, 2001
10. Общее руководство по радиологии. Ч.1, 2. –М.: РА «Спас», 1996
11. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. /Под ред. Савельева В.С. (Издание второе), - М., 1986
12. 50 лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.- Media Medica, 2003

Вопросы деонтологии

13. Вагнер Е.А., Росновский А.А., Ягупов П.Д. О самовоспитании врача. – М., 1971
14. Петровский Б.В. Деонтология в медицине (в 2-х томах). - М., 1988

Методика исследования хирургических больных

15. Линденбаум И.С. Методика исследования хирургического больного.- М., 1957
16. Юрг Хегглин Хирургическое обследование. - М., 1980

Заболевания молочной железы

17. Баженова А.П., Островцев Л.Д., Хаханашвили Г.Н. Рак молочной железы. Медицина. 1985
18. Брускин Я.М. Дистормональные заболевания молочной железы. - М., 1962
19. Гостищев В.К. Оперативное лечение деструктивных форм лак тационного мастита. М., 1986
20. Дегрель И. Атлас заболеваний молочной железы. Изд. Академии Наук Венгрии. Будапешт, 1977
21. Путырский Л.А. Рак молочной железы. – Минск, 1998
22. Сидоренко Л.Н. Гормонотерапия предрака и рака молочной железы. Л., Медгиз, 1986

Заболевания легких, плевры и средостения

23. Болезни органов дыхания./ Под ред. Путова Н.В. - М.,1989
24. Колесников И.С. Хирургия легких и плевры: Руководство для врачей.- Л.,1988
25. Кузин Н.И., Шкроб О.С., Помелов В.С. Пути улучшения результатов хирургического лечения рака легкого. - Ташкент, 1971
26. Лукомский Г.И. и др. Бронхопульмонология. - Л.,1976
27. Харченко В.П., Кузьмин И.В. Рак легкого. – М.: Медицина, 1994
28. Перельман М.И. Новые технологии и пути развития торакальной хирургии. (50 лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.) - Media Medica, 2003

Болезни вен нижних конечностей

29. Веденский А.А. Варикозная болезнь. - Л.,1983
30. Ревской А.К. Острый тромбофлебит нижних конечностей. – М.:Медицина, 1976
31. Савельев В.С., Думпе Е.Г., Яблоков Е.Г. Болезни магистральных вен.- М., 1972
32. Савельев В.С., Яблонев Е.Г., Кириенко А.И. Тромбэмболия легочной артерии. – М.:Медицина, 1979
33. Шалимов А.А. Хирургия вен. - Киев, 1984
34. Савельев В.С. Роль хирурга в профилактике и лечении венозного тромбоза и легочной эмболии. (50 лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.) - Media Medica, 2003

35. Кириенко А.И., Григорян Р.А., Золотухин И.А. Современные принципы лечения хронической венозной недостаточности (50 лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.) - Media Medica, 2003
36. Богачев В.Ю., Богданец Л.И. Лечение венозных трофических язв. (50 лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.) - Media Medica, 2003

Заболевания пищевода

37. Березов Ю.Е. Рак пищевода. - М., 1979
38. Черноусов А.Ф., Ручкин Д.А., Селин С.М. Расширенная абдоминальная лимфаденэктомия в хирургическом лечении рака грудного отдела пищевода. - М., 2000
39. Шалимов А.А., Саенков В.Ф., Шалимов С.А. Хирургия пищевода.- М.,1975
40. Черкасов М.Ф. Видеоэндоскопическая хирургия пищевода. (50 лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.) - Media Medica, 2003
41. Черноусов А.Ф., Ручкин Д.В. Радикальное хирургическое лечение рака грудного отдела пищевода. (50 лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.) - Media Medica, 2003

Заболевания желудка

42. Василенко В.Х., Гребнев А.Л., Шептухин А.А. Язвенная болезнь.- М.,1987
43. Гастроэнтерология. Т.1, 2, 3. /Под ред. Дж. Х. Барона, Ф.Г.Муди. – М.: Медицина, 1985
44. Горбашко А.Н. Острые желудочно-кишечные кровотечения.- Л.: Медицина, 1982
45. Клименков А.А., Патютко Ю.И., Губина Г.И. Опухоли желудка. М.: Медицина,1988
46. Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. Неотложная гастроэнтерология. – Л.:Медицина, 1988
47. Курыгин А.А., Скрябин О.Н. Острые послеоперационные гастродуоденальные язвы. – С.Петербург, 1996
48. Маят В.С. и др. Резекция желудка и гастрэктомия. М.,1975
49. Мышкин К.И., Лагун М.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы. – Саратов, 1983
50. Неймарк И.И., Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.:Медицина, 1972

51. Пономарев А.А., Курыгин А.А. Редкие неопухолевые хирургические заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. – Л.: Медицина, 1987
52. Русанов А.А. Рак желудка. – Л.: Медицина, 1979
53. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. – М., 1955
54. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. Хирургическое лечение рака желудка. (50 лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.) – Media Medica, 2003
55. Луцевич Э.В., Белов И.Н., Праздников Э.Н. Диагностика и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. (50 лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.) – Media Medica, 2003
56. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни. (50 лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.) – Media Medica, 2003

Аппендицит

57. Акжигитов Г.Н. Острый аппендицит – М., 1974
58. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита. – Л., 1972
59. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. – М., 1980

Заболевания кишечника, острая кишечная непроходимость

60. Дробни. Хирургия кишечника. – Будапешт, 1984
61. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. Руководство под ред. Курыгина А.А., Стойко Ю.М. – «Питер», 2001
62. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. – М., 1988
63. Федоров В.Д. и др. Рак прямой кишки. – М., 1987
64. Хирургия / Под ред. Савельева В.С. и Лопухина Ю.М. – М., 1997
65. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. – М., 1984
66. Аминев А.М. Руководство по проктологии. – Куйбышев, т.1-4, 1979
67. Благодарный Л.А. Геморрой. (50 лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.) – Media Medica, 2003

Заболевания печени, желчных путей, поджелудочной железы

68. Брискин Б.С., Карпов И.Б., Миносян А.М., Боград Л.П. Альтернативные способы лечения желчнокаменной болезни. – М., 1991

69. Бэнкс П. Панкреатит. - М., 1982
70. Васильев Р.Х. Бескровные методы удаления желчных камней. - М.: Высшая шк., 1989
71. Галеев М.А., Тимербулатов В.М. Желчнокаменная болезнь и холецистит. - Уфа, 1997
72. Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д. Лапароскопическая холецистэктомия: Практическое руководство. - М., 1992
73. Гришин И.Н. Холецистэктомия. - Минск, 1989
74. Гришин И.Н., Аскальдович Г.И., Мадорский И.Л. Хирургия поджелудочной железы. - Минск, 1989
75. Затевахин И.И., Крылов Л.Б., Сабилов Б.У. Острый холецистопанкреатит. - Ташкент, 1986
76. Королев Б.А., Пиковский Д.Л., Экстренная хирургия желчных путей. - М.: Медицина, 1990
77. Радионов В.В., Филимонов М.И., Могучев В.М. Калькулезный холецистит. - М.: Медицина, 1991
78. Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В. Острый панкреатит. М., 1983
79. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - Киев: Здоровья, 1993
80. Шорох Т.П., Завада Н.В. Острый холецистит (эндохирургические аспекты). - Минск: Технопринт, 1997
81. Шулуток А.М. Хирургическое лечение желчно-каменной болезни. (50 лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.) - Media Medica, 2003
82. Бебуришвили А.Г. Желчная гипертензия и острый холецистит. (50 лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.) - Media Medica, 2003
83. Ахаладзе Г.Г. Гнойный холангит (вопросы патофизиологии и лечения). (50 лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.) - Media Medica, 2003
84. Ревякин В.И. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi. (50 лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.) - Media Medica, 2003
85. Филимонов М.И., Бурневич С.З. Хирургия панкреонекроза. (50 лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.) - Media Medica, 2003

Грыжи

86. Воскресенский Н.В., Горелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. - М., 1965.

87. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. - М., 1969
88. Тоскин К.Д., Жебровский В.В.. Грыжи брюшной стенки. - М.,1990

Перитонит

89. Гостищев В.К., Сажин В.П. Перитонит. - М.,1992
90. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. - М.,1979
91. Шалимов А.А. Острый перитонит. - Киев,1981
92. Ерюхин И.А. Хирургия гнойного перитонита. (50 лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.) - Media Medica, 2003
93. Гельфанд Б.Р., Мамонтова О.А., Гельфанд Е.Б. Интенсивная терапия сепсиса. (50 лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.) - Media Medica, 2003

Заболевания эндокринной системы

94. Балаболкин М.И. Эндокринология. (Учебное пособие для су-
бординаторов и интернов). - М.,1989
95. Потемкин В.В. Эндокринология: Учебник. - М.,1986

Эндоскопия

96. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И. Оперативная эндоскопия
желудочного тракта. - М.,1984
97. Руководство по клинической эндоскопии./Под ред. Савельева
В.С. - М.,1985
98. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л. Эндоскопическая абдоминаль-
ная хирургия – современные возможности и перспективы. (50
лекций по хирургии. / Под ред. В.С. Савельева.) - Media Med-
ica, 2003

Пред- и послеоперационный периоды

99. Макаренко Т.П., Харламов Л.Г., Богданов А.Б. Ведение боль-
ных общехирургического профиля в послеоперационном пе-
риоде. - М.,1982
100. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперац-
ионные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии.
– М.: Медицина,1990
101. Навашин С.М., Фомина И.П. Рациональная антибиотикотера-
пия.- М.,1982
102. Сачек М.Г., Аничкин В.В. Послеоперационный пери-
од./Учебное пособие. - Минск, 1987
103. Хартиг В. Современная инфузионная терапия и парентери-
альное питание. - М.,1982

104. Шанин Ю.Н., Волков Ю.Н. и др. Послеоперационная интенсивная терапия. - Л., 1978

Поликлиническая хирургия

105. Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. - Л., 1956
106. Григорян А.В. и др. Гнойные заболевания кисти. - М., 1978
107. Григорян А.В. Трофические язвы. - М., 1972
108. Лыткин М.И., Косачев И.Д. Панариций. - Л.: Медицина, 1975
109. Маслов В.И. Малая хирургия. - М., 1988
110. Пауткин Ю.Ф. Элементы врачебной техники. - М., 1987
111. Стручков В.И., Гостищев В.К., Стручков Ю.В. Руководство по гнойной хирургии. - М.: Медицина, 1984
112. Усольцева Е.В., Машкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. - Л.: Медицина, 1975

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|-----|
| Предисловие | 7 |
| Заболевания щитовидной железы | 8 |
| Заболевания молочной железы | 50 |
| Рак легкого | 89 |
| Рак пищевода | 115 |
| Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки | 142 |
| Рак желудка | 187 |
| Желчнокаменная болезнь | 216 |
| Заболевания поджелудочной железы | 258 |
| Аппендицит | 288 |
| Грыжи живота | 321 |
| Острая кишечная непроходимость | 375 |
| Перитониты | 413 |
| Заболевания прямой кишки | 443 |
| Заболевания вен нижних конечностей | 491 |
| Некоторые практические навыки в хирургии | 548 |
| Литература | 558 |

Учебное издание
Шиленок Владимир Николаевич,
Зельдин Эдуард Яковлевич,
Жулев Сергей Александрович,
Гецадзе Гела Нодарович

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ.
ИЗБРАННЫЕ РАЗДЕЛЫ
Учебное пособие

Редактор В.Н.Шиленок
Технический редактор И.А.Борисов
Компьютерная верстка Т.Ф.Аверченко
Корректор В.Н.Шиленок

Подписано в печать 07.10. 2005 г.
Формат 64x84 1/16. Бумага типографская № 2
Гарнитура ТАЙМС. Усл. печ. листов 32,9
Уч.-изд.л. 24,6
Тираж 500 экз. Заказ № 5550.

Издатель и полиграфическое исполнение
УО «Витебский государственный
медицинский университет»
Лицензия ЛИ № 02330/0133209

Отпечатано на ризографе в Витебском государственном
медицинском университете
210602, г.Витебск, пр.Фрунзе, 27
Тел. (8-0212) 261966

Библиотека ВГМУ

